



## FORMULARIO Y LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)

**IMPORTANTE:** ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN  
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Número de envío de archivo de formulario aprobado por HPMS: 00025229

Este formulario se actualizó el **01/Abril/2025**. Para obtener información más reciente o si tiene preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO) al 1-877-293-4998, o al 711 si es usuario de TTY, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com).

**Nota dirigida a los miembros existentes:** Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Por favor, revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) hace referencia a “nosotros” o “nuestro”, se refiere a Johns Hopkins Advantage MD. Cuando hace referencia a “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO).

Este documento contiene la lista de medicamentos (formulario) de nuestro plan que está actualizado al 1 de Abril de 2025. Para obtener el formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Por lo general, debe acudir a las farmacias de la red para utilizar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2025 y en cualquier momento durante el año.

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

En este documento, utilizamos los términos Lista de medicamentos y formulario para significar lo mismo. Un formulario es una lista seleccionada de medicamentos cubiertos por nuestro plan en consulta con un equipo de proveedores de salud, que representa los tratamientos recetados que se cree que deben formar parte de un programa de tratamientos de calidad. Nuestro plan por lo general cubre los medicamentos listados en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea necesario en términos médicos, los medicamentos recetados se despachen en una farmacia de la red del plan y se siguen otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, revise su Evidencia de cobertura.

## **¿Puede cambiar el formulario?**

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1.º de enero, pero podríamos agregar o quitar medicamentos de la lista en el transcurso del año, cambiarlos a diferentes niveles de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí:  
<https://www.hopkinsmedicare.com/members/part-d-coverage-determinations-and-appeals/>

**A continuación los cambios que pueden afectarle este año:** En los siguientes casos, usted se verá afectado por el cambio de la cobertura durante el año:

**Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podríamos eliminar de inmediato un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos con una nueva versión determinada de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero inmediatamente trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.

Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o agregamos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en el formulario (por ejemplo, agregando un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin una nueva receta).

Si actualmente toma el medicamento de marca o el producto biológico original, podríamos no informarle con anticipación antes de hacer el cambio inmediato, pero más adelante le daremos información sobre los cambios específicos que hemos hecho.

Si hacemos dicho cambio, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)?”

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”

**Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que debe retirarse por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y luego notificar a los miembros que toman el medicamento.

**Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que se encuentra actualmente en el formulario, o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas. Podemos realizar cambios según nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones a las terapias escalonadas de un medicamento o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un miembro solicita una renovación del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y una notificación del cambio.

- Si realizamos estos otros cambios, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)?”

**Cambios que no le afectarán si está tomando el medicamento en la actualidad:** Por lo general, si usted está tomando un medicamento incluido en nuestro formulario del 2025 y que estaba bajo cobertura al comienzo del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2025, excepto como se describe a continuación. Esto significa que estos medicamentos

seguirán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1.º de enero del próximo año, dichos cambios le afectarán y es importante consultar el formulario para el nuevo año de beneficios para conocer si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente al 1 de Abril de 2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. En el caso de que se produzcan cambios en el formulario a mitad de año que no sean de mantenimiento, los formularios se actualizarán mensualmente y se publicarán en nuestro sitio web.

## **¿Cómo utilizo el formulario?**

Hay dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario:

### **Enfermedad**

El formulario comienza en la página 9. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías según el tipo de enfermedad para la que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una enfermedad cardíaca están listados bajo 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 comienza en la página 10. Luego busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

### **Listado en orden alfabético**

Si no sabe en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 74. El índice contiene una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos están listados en este índice. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar la información sobre la cobertura. Vaya a la página listada en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## **¿Qué son los medicamentos genéricos?**

Nuestro plan cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico es aquel que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca y tiene la aprobación de la FDA. Generalmente, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los de marca. Hay medicamentos genéricos de remplazo disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente pueden sustituir al medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

## **¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?**

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un fármaco o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares a algunos

productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Para obtener información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, “La ‘Lista de medicamentos’ indica cuáles medicamentos de la Parte D están cubiertos”.

## ¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Nuestro plan le exige a usted o a su médico obtener autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá recibir la aprobación por parte de nuestro plan antes de renovar sus medicamentos recetados. Si no recibe aprobación, tal vez no cubramos el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, nuestro plan ofrece 30 tabletas cada 30 días por receta de Januvia. Esto podría ser adicional a un suministro estándar para uno o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, nuestro plan exige que usted primero pruebe algunos medicamentos para tratar su enfermedad antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para el tratamiento de su condición médica, nuestro plan podría no cubrir el medicamento B a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le sirve, entonces le cubriremos el medicamento B.

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

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción en cuanto a estas restricciones o límites o pedirle una lista de otros medicamentos similares que puedan servir para tratar su enfermedad. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)?” en la página 5 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## **¿Qué ocurre si mi medicamento no está en el formulario?**

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe ponerse en contacto con Servicio de Atención al Cliente y preguntar si cubrimos su medicamento.

Si se entera de que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicio de Atención al Cliente 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 pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra su medicamento. Más adelante encontrará información sobre cómo solicitar una excepción.

## **¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)?**

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción en las reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que nos puede solicitar.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aun cuando este no se encuentre en nuestro formulario. De aprobarse, este medicamento será cubierto a un nivel predeterminado de costo compartido y no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede solicitarnos que eliminemos una restricción de cobertura, incluida la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad en 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 solicitarnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

Generalmente, solo aprobaremos su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento con menor costo compartido o la aplicación de la restricción no serían tan efectivos para usted y/o le causarían efectos adversos.

Usted o su médico deben comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para una excepción de restricción de utilización o de formulario. **Cuando solicita una excepción, su médico deberá explicarle las razones médicas por las que necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas de haber recibido la declaración de apoyo de su médico. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y estamos de acuerdo, que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera hasta 72 horas para recibir una decisión. Si estamos de acuerdo, o si su médico le solicita una decisión rápida, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico.

## **¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene alguna restricción?**

Como miembro nuevo o regular de nuestro plan, podría estar tomando medicamentos que no estén dentro de nuestro formulario. O podría estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, podría necesitar una autorización previa de nuestra parte antes de que pueda surtir sus recetas. Es recomendable que hable con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que usted toma. Mientras habla con su médico para determinar qué debe hacer, podríamos cubrir su medicamento en casos determinados durante los primeros 90 días en los que usted es miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta es por menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. Si no se aprueba la cobertura, después del primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan menos de 90 días.

Si es residente de una institución de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no esté en nuestro formulario o su capacidad para obtener los medicamentos es limitada, pero tiene más de 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días para ese medicamento mientras tramita una 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 más información**

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO), revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre nuestro plan, contáctenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

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

## **Formulario de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)**

El formulario que comienza en la próxima página proporciona información sobre la cobertura de medicamentos de nuestro plan. Si tiene algún problema para encontrar su medicamento en la lista, pase al Índice que comienza en la página 74

La primera columna del cuadro indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben en mayúsculas (p. ej., SYNTHROID) y los genéricos en minúsculas en cursiva (p. ej., *levotiroxina*).

La información en la columna de Requerimientos/Límites le dice si nuestro plan tiene algún requerimiento especial para la cobertura de su medicamento.

**PA** – Autorización previa Nuestro plan requiere que usted o su proveedor obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos recetados. Si no recibe aprobación, tal vez no cubramos el medicamento.

**QL** – El medicamento tiene un límite de cantidad Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 30 tabletas cada 30 días por receta de rosuvastatina.

**ST** – Terapia escalonada. En algunos casos, nuestro plan exige que usted primero pruebe algunos medicamentos para tratar su enfermedad antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su condición médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le sirve, entonces le cubriremos el medicamento B.

**NM** – No está disponible en farmacias de pedido por correo

**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.

**I** – Es posible que el copago por nivel de este medicamento no se aplique en su caso. La insulina cubierta por nuestro plan no supera los \$35 por un suministro de un mes. Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener un costo estimado.

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

<b>Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)</b>		
<b>Nivel de costo compartido</b>	<b>Costo compartido estándar minorista (dentro de la red)</b>	<b>Costo compartido estándar de pedido por correo (en la red)</b>
Todos los medicamentos del formulario	25% o \$0 / \$1.60 / \$4.90 por genéricos (incluidos los medicamentos tratados como genéricos) \$0 / \$4.80 / \$12.15 para todos los otros medicamentos *	25% o \$0 / \$1.60 / \$4.90 por genéricos (incluidos los medicamentos tratados como genéricos) \$0/ \$4.80 / \$12.15 para todos los otros medicamentos *

**NOTA:**

- Los medicamentos se proveen en un centro de cuidados a largo plazo para un suministro de hasta 31 días
- El pedido por correo está disponible para solicitar cómodamente un suministro de medicamentos de hasta 90 días. Puede comunicarse con nosotros llamando por teléfono al número que se encuentra en la portada y contraportada.
- Puede encontrar la información completa sobre costos compartidos en la Evidencia de cobertura

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

# Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<b>ANALGESICS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION</b>	
<b>GOUT - DRUGS TO TREAT GOUT</b>	
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	1
<i>colchicine</i> (generic of MITIGARE) CAPS .6mg QL (60 caps / 30 days)	1 QL
<i>colchicine</i> TABS .6mg QL (120 tabs / 30 days)	1 QL
<i>colchicine w/ probenecid tab</i> 0.5-500 mg	1
MITIGARE CAPS .6mg QL (60 caps / 30 days)	1 QL
<i>probenecid</i> TABS 500mg	1
<b>MISCELLANEOUS</b>	
<i>lidocaine hcl</i> (local anesth.) (generic of XYLOCAINE-MPF) SOLN .5%, 1%, 1.5%	1 B/D
<i>lidocaine hcl</i> (local anesth.) (generic of XYLOCAINE) SOLN .5%, 1%, 2%	1 B/D
<b>NSAIDS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION</b>	
<i>celecoxib</i> (generic of CELEBREX) CAPS 50mg, 100mg, 200mg QL (60 caps / 30 days)	1 QL
<i>celecoxib</i> (generic of CELEBREX) CAPS 400mg QL (30 caps / 30 days)	1 QL
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	1 QL
QL (120 tabs / 30 days)	
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	1
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	1

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	1
<i>etodolac</i> (generic of LODINE) TABS 400mg	1
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	1
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	1
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	1
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg	1
<i>naproxen</i> (generic of NAPROSYN) TABS 500mg	1
<i>naproxen</i> (generic of EC-NAPROSYN) TBEC 375mg QL (120 tabs / 30 days)	1 QL
<i>naproxen dr</i> (generic of EC-NAPROSYN) TBEC 500mg QL (90 tabs / 30 days)	1 QL
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg	1
<i>naproxen sodium</i> (generic of ANAPROX DS) TABS 550mg	1
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	1
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	1
<b>OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING</b>	
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr, 87.5mcg/hr, 100mcg/hr	1 QL PA
QL (10 patches / 30 days)	
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg	1 QL PA
QL (30 tabs / 30 days)	

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

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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> tab 5-325 mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> tab 7.5-325 mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> tab 10-325 mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>hydrocodone-ibuprofen</i> tab 7.5-200 mg QL (150 tabs / 30 days)	1	QL
<i>hydromorphone hcl</i> (generic of DILAUDID) LIQD 1mg/ml QL (600 mL / 30 days)	1	QL
<i>hydromorphone hcl</i> (generic of DILAUDID) TABS 2mg, 4mg, 8mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>morphine sulfate</i> SOLN 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	1	B/D
<i>morphine sulfate</i> SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL
<i>morphine sulfate</i> SOLN 100mg/5ml QL (180 mL / 30 days)	1	QL
<i>morphine sulfate</i> TABS 15mg, 30mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>nalbuphine hcl</i> SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	1	
<i>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml QL (180 mL / 30 days)	1	QL
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
**V/I** - Vacunas / Insulinas

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
oxycodone hcl (generic of ROXICODONE) TABS 15mg, 30mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg (generic of PERCOSET) QL (360 tabs / 30 days)	1	QL
oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg (generic of PERCOSET) QL (360 tabs / 30 days)	1	QL
oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg (generic of PERCOSET) QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg (generic of PERCOSET) QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
tramadol hcl TABS 50mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
<b>ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<b>ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS</b>		
albendazole TABS 200mg QL (672 tabs / year)	1	QL PA
amikacin sulfate SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	1	
ARIKAYCE SUSP 590mg/8.4ml	1	NM PA
atovaquone (generic of MEPRON) SUSP 750mg/5ml QL (300 mL / 30 days)	1	QL PA
aztreonam (generic of AZACTAM) SOLR 1gm, 2gm	1	
CAYSTON SOLR 75mg	1	NM PA
clindamycin hcl (generic of CLEOCIN) CAPS 75mg, 150mg, 300mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
clindamycin palmitate hydrochloride (generic of CLEOCIN PEDIATRIC GRANULE) SOLR 75mg/5ml	1	
clindamycin phosphate (generic of CLEOCIN PHOSPHATE) SOLN 900mg/6ml	1	
clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml	1	
clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml	1	
clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml	1	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	1	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	1	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	1	
colistimethate sodium (generic of COLY-MYCIN M) SOLR 150mg	1	
dapsone TABS 25mg, 100mg	1	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	1	
daptomycin (generic of DAPTOMYCIN) SOLR 350mg	1	
daptomycin SOLR 500mg	1	
EMVERM CHEW 100mg QL (12 tabs / year)	1	QL
ertapenem sodium SOLR 1gm	1	
gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml	1	
gentamicin in saline inj 1 mg/ml	1	
gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml	1	
gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml	1	
gentamicin in saline inj 2 mg/ml	1	

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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
gentamicin sulfate SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	1		
imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg	1		
imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg (generic of PRIMAXIN IV)	1		
IMPAVIDO CAPS 50mg	1	PA	
ivermectin (generic of STROMECTOL) TABS 3mg QL (12 tabs / 90 days)	1	QL PA	
linezolid (generic of ZYVOX) SOLN 600mg/300ml	1		
linezolid (generic of ZYVOX) SUSR 100mg/5ml QL (1800 mL / 30 days)	1	QL	
linezolid (generic of ZYVOX) TABS 600mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	
LINEZOLID INJ 2MG/ML	1		
meropenem SOLR 1gm, 500mg	1		
methenamine hippurate (generic of HIPREX) TABS 1gm	1		
metronidazole (generic of METRONIDAZOLE) SOLN 500mg/100ml	1		
metronidazole TABS 250mg, 500mg	1		
neomycin sulfate TABS 500mg	1		
nitazoxanide TABS 500mg QL (6 tabs / 30 days)	1	QL	
nitrofurantoin macrocrystal (generic of MACRODANTIN) CAPS 50mg, 100mg	1		
nitrofurantoin monohyd macro (generic of MACROBID) CAPS 100mg	1		
pentamidine isethionate inh (generic of NEBUPENT) SOLR 300mg	1	B/D	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
pentamidine isethionate inj (generic of PENTAM 300) SOLR 300mg	1		
polymyxin b sulfate SOLR 500000unit	1		
praziquantel TABS 600mg	1		
pyrimethamine (generic of DARAPRIM) TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL PA	
streptomycin sulfate SOLR 1gm	1		
sulfadiazine TABS 500mg	1		
sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml	1		
sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml	1		
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg (generic of BACTRIM)	1		
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg (generic of BACTRIM DS)	1		
tinidazole TABS 250mg, 500mg	1		
TOBI PODHALER CAPS 28mg	1	NM PA	
tobramycin (generic of KITABIS PAK) NEBU 300mg/5ml	1	NM PA	
tobramycin sulfate SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	1		
trimethoprim TABS 100mg	1		
vancomycin hcl (generic of VANCOCIN) CAPS 125mg QL (80 caps / 180 days)	1	QL	
vancomycin hcl (generic of VANCOCIN) CAPS 250mg QL (160 caps / 180 days)	1	QL	

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

12

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>vancomycin hcl</i> (generic of VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE) SOLR 1.25gm	1	
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	1	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	1	
VANCOMYCIN INJ 500MG	1	
VANCOMYCIN INJ 750MG	1	
<b>ANTIFUNGALS - DRUGS TO TREAT FUNGAL INFECTIONS</b>		
ABELCET SUSP 5mg/ml	1	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	1	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> (generic of AMBISOME) SUSR 50mg	1	B/D
<i>caspofungin acetate</i> (generic of CANCIDAS) SOLR 50mg, 70mg	1	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml; TABS 50mg	1	
<i>fluconazole</i> (generic of DIFLUCAN) SUSR 40mg/ml; TABS 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	1	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	1	
<i>flucytosine</i> (generic of ANCOBON) CAPS 250mg, 500mg	1	PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	1	
<i>itraconazole</i> (generic of SPORANOX) CAPS 100mg	1	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	1	PA
<i>micafungin sodium</i> (generic of MYCAMINE) SOLR 50mg, 100mg	1	
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>posaconazole</i> (generic of NOXAFL) SUSP 40mg/ml QL (630 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>posaconazole</i> (generic of NOXAFL) TBEC 100mg QL (93 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg QL (30 tabs / 30 days) PA applies after a 90 day supply in a calendar year	1	QL PA
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND IV) SOLR 200mg	1	PA
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND) SUSR 40mg/ml QL (600 mL / 28 days)	1	QL PA
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND) TABS 50mg QL (480 tabs / 30 days)	1	QL
<i>voriconazole</i> TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<b>ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA</b>		
<i>atovaquone-proguanil hcl</i> tab 62.5-25 mg (generic of MALARONE)	1	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i> tab 250-100 mg (generic of MALARONE)	1	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	1	
COARTEM TAB 20-120MG	1	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	1	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	1	
<i>primaquine phosphate</i> (generic of PRIMAQUINE PHOSPHATE) TABS 26.3mg	1	
<i>quinine sulfate</i> (generic of QUALAQUIN) CAPS 324mg	1	PA
<b>ANTIRETROVIRAL AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION</b>		
<i>abacavir sulfate</i> (generic of ZIAGEN) SOLN 20mg/ml	1	NM
<i>abacavir sulfate</i> TABS 300mg	1	NM

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
**VII** - Vacunas / Insulinas    13

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
APTVUS CAPS 250mg	1	NM
atazanavir sulfate CAPS 150mg	1	NM
atazanavir sulfate (generic of REYATAZ) CAPS 200mg, 300mg	1	NM
darunavir (generic of PREZISTA) TABS 600mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM
darunavir (generic of PREZISTA) TABS 800mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM
EDURANT TABS 25mg	1	NM
efavirenz TABS 600mg	1	NM
emtricitabine (generic of EMTRIVA) CAPS 200mg	1	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	1	NM
etravirine (generic of INTELENCE) TABS 100mg, 200mg	1	NM
fosamprenavir calcium TABS 700mg	1	NM
FUZEON SOLR 90mg	1	NM
INTELENCE TABS 25mg	1	NM
ISENTRESS CHEW 25mg, 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	1	NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	1	NM
lamivudine (generic of EPIVIR) SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	1	NM
maraviroc (generic of SELZENTRY) TABS 150mg, 300mg	1	NM
nevirapine SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	1	NM
NORVIR PACK 100mg	1	NM
PIFELTRO TABS 100mg	1	NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml QL (400 mL / 30 days)	1	QL NM
PREZISTA TABS 75mg QL (480 tabs / 30 days)	1	QL NM

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
PREZISTA TABS 150mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL NM
REYATAZ PACK 50mg ritonavir (generic of NORVIR) TABS 100mg	1	NM
RUKOBIA TB12 600mg	1	NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml	1	NM
SUNLENCA TBPK 300mg	1	NM
tenofovir disoproxil fumarate (generic of VIREAD) TABS 300mg	1	NM
TIVICAY TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	1	NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	1	NM
TYBOST TABS 150mg	1	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	1	NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	1	NM
zidovudine (generic of RETROVIR) CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	1	NM
zidovudine TABS 300mg	1	NM
<b>ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION</b>		
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg	1	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	1	NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	1	NM
CIMDUO TAB 300-300	1	NM
COMPLERA TAB	1	NM
DELSTRIGO TAB	1	NM
DESCOVY TAB 120-15MG	1	NM
DESCOVY TAB 200/25MG	1	NM
DOVATO TAB 50-300MG	1	NM
efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg	1	NM

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
**V/I** - Vacunas / Insulinas

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
efavirenz-lamivudine-tenofovir 1 df tab 400-300-300 mg (generic of SYMFI LO)		NM	
efavirenz-lamivudine-tenofovir 1 df tab 600-300-300 mg (generic of SYMFI)		NM	
emtricitabine-tenofovir 1 disoproxil fumarate tab 100-150 mg (generic of TRUVADA)	1	NM	
emtricitabine-tenofovir 1 disoproxil fumarate tab 133-200 mg (generic of TRUVADA)	1	NM	
emtricitabine-tenofovir 1 disoproxil fumarate tab 167-250 mg (generic of TRUVADA)	1	NM	
emtricitabine-tenofovir 1 disoproxil fumarate tab 200-300 mg (generic of TRUVADA)	1	NM	
EVOTAZ TAB 300-150	1	NM	
GENVOYA TAB	1	NM	
JULUCA TAB 50-25MG	1	NM	
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg	1	NM	
lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml) (generic of KALETRA)	1	NM	
lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg (generic of KALETRA)	1	NM	
lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg (generic of KALETRA)	1	NM	
ODEFSEY TAB	1	NM	
PREZCOBIX TAB 800-150	1	NM	
STRIBILD TAB	1	NM	
SYMTUZA TAB	1	NM	
TRIUMEQ PD TAB	1	NM	
TRIUMEQ TAB	1	NM	
<b>ANTITUBERCULAR AGENTS - DRUGS TO TREAT TUBERCULOSIS</b>			
cycloserine CAPS 250mg	1		

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg	1		
isoniazid SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg	1		
PRIFTIN TABS 150mg	1		
pyrazinamide TABS 500mg	1		
rifabutin CAPS 150mg	1		
rifampin CAPS 150mg, 300mg	1		
rifampin (generic of RIFADIN) SOLR 600mg	1		
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	1	NM PA	
TRECATOR TABS 250mg	1		
<b>ANTIVIRALS - DRUGS TO TREAT VIRAL INFECTIONS</b>			
acyclovir CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg	1		
acyclovir sodium SOLN 50mg/ml	1	B/D	
adefovir dipivoxil TABS 10mg	1	NM	
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	1	NM ST	
entecavir (generic of BARACLUDE) TABS .5mg, 1mg	1	NM	
EPCLUSA PAK 150-37.5	1	NM PA	
EPCLUSA PAK 200-50MG	1	NM PA	
EPCLUSA TAB 200-50MG	1	NM PA	
EPCLUSA TAB 400-100	1	NM PA	
famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg	1		
ganciclovir sodium SOLR 500mg	1	B/D	
HARVONI PAK 33.75-150MG	1	NM PA	
HARVONI PAK 45-200MG	1	NM PA	
HARVONI TAB 45-200MG	1	NM PA	
HARVONI TAB 90-400MG	1	NM PA	
lamivudine (hbv) TABS 100mg	1	NM	
LIVTENCITY TABS 200mg QL (336 tabs / 28 days)	1	QL NM PA	

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos    **V/I** - Vacunas / Insulinas

15

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
MAVYRET PAK 50-20MG	1	NM PA
MAVYRET TAB 100-40MG	1	NM PA
<i>oseltamivir phosphate</i> (generic of TAMIFLU) CAPS 30mg	1	QL QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> (generic of TAMIFLU) CAPS 45mg, 75mg	1	QL QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> (generic of TAMIFLU) SUSR 6mg/ml	1	QL QL (1080 mL / year)
PAXLOVID TAB 150-100	1	QL QL (40 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 300-100	1	QL QL (60 tabs / 90 days)
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	1	NM PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	1	QL PA QL (28 tabs / 28 days)
RELENZA DISKHALER	1	QL QL (6 inhalers / year)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	1	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	1	
<i>valacyclovir hcl</i> (generic of VALTREX) TABS 1gm, 500mg	1	
<i>valganciclovir hcl</i> (generic of VALCYTE) SOLR 50mg/ml; TABS 450mg	1	
VOSEVI TAB	1	NM PA
XOFLUZA TBPK 40mg, 80mg	1	QL QL (1 tab / 180 days)
<b>CEPHALOSPORINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
cefaclor CAPS 250mg, 500mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	1	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	1	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	1	
<i>cefazin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	1	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%	1	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	1	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	1	
<i>cefotetan disodium</i> (generic of CEFOTAN) SOLR 1gm, 2gm	1	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	1	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	1	
<i>ceprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	1	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	1	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
**V/I** - Vacunas / Insulinas

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	1
<b>ERYTHROMYCINS/MACROLIDES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>	
azithromycin PACK 1gm; TABS 600mg	1
azithromycin (generic of ZITHROMAX) SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	1
clarithromycin SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	1
clarithromycin (generic of BIAXIN XL) TB24 500mg	1
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	1
e.e.s. 400 TABS 400mg	1
ery-tab TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1
ERYTHROCIN 500mg	1
LACTOBIONATE SOLR 500mg	
erythromycin base CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1
erythromycin ethylsuccinate TABS 400mg	1
erythromycin lactobionate (generic of ERYTHROCIN LACTOBIONATE) SOLR 500mg	1
<b>FLUOROQUINOLONES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>	
ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w	1
ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w	1
ciprofloxacin hcl (generic of CIPRO) TABS 250mg, 500mg	1
ciprofloxacin hcl TABS 750mg	1

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
levofloxacin SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg	1
levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml	1
levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml	1
levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml	1
moxifloxacin hcl TABS 400mg	1
moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj	1
<b>PENICILLINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>	
amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	1
amoxicillin (generic of AMOXICILLIN) SUSR 400mg/5ml	1
amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg	1
amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml	1
amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml	1
amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml	1
amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml (generic of AUGMENTIN ES-600)	1
amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg	1
amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg (generic of AUGMENTIN)	1
amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg	1
amoxicillin & k clavulanate tab 1 er 12hr 1000-62.5 mg	1

**PA** - Previa autorización   **QL** - Límites de cantidad por correo   **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada   **NM** - Sin encargos   **VII** - Vacunas / Insulinas

17

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
ampicillin CAPS 500mg	1
ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm (generic of UNASYN)	1
ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm (generic of UNASYN)	1
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm	1
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm	1
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm (generic of UNASYN BULK PACK)	1
ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg	1
BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	1
dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg	1
nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm	1
oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm	1
penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit	1
penicillin g sodium SOLR 5000000unit	1
penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	1
pfizerpen SOLR 5000000unit, 20000000unit	1
piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)	1
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)	1
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)	1

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)	1
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)	1
<b>TETRACYCLINES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>	
doxy 100 SOLR 100mg	1
doxycycline (monohydrate) CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg	1
doxycycline hyclate CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg	1
minocycline hcl CAPS 50mg, 75mg, 100mg	1
NUZYRA SOLR 100mg	1 NM
NUZYRA TABS 150mg	1 QL NM
QL (30 tabs / 14 days)	
tetracycline hcl CAPS 250mg, 500mg	1
tigecycline (generic of TYGACIL) SOLR 50mg	1
<b>ANTINEOPLASTIC AGENTS - DRUGS TO TREAT CANCER</b>	
<b>ALKYLATING AGENTS</b>	
BENDAMUSTINE HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml	1 B/D NM
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	1 B/D NM
carboplatin SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	1 B/D
cisplatin SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	1 B/D
cyclophosphamide CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 2gm, 500mg	1 B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	1 B/D NM

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
**VII** - Vacunas / Insulinas

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml; TABS 25mg, 50mg	1	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	1	B/D
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg, 100mg	1	NM
oxaliplatin SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg, 100mg	1	B/D
<b>ANTIMETABOLITES</b>		
azacitidine (generic of VIDAZA) SUSR 100mg	1	B/D NM
cytarabine SOLN 20mg/ml	1	B/D
fluorouracil SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	1	B/D
gemcitabine hcl (generic of GEMCITABINE HYDROCHLORIDE) SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml	1	B/D
gemcitabine hcl SOLR 1gm, 2gm, 200mg	1	B/D
INQOVI TAB 35-100MG QL (5 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
LONSURF TAB 15-6.14 QL (100 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
LONSURF TAB 20-8.19 QL (80 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
mercaptopurine TABS 50mg	1	
methotrexate sodium SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	1	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg QL (14 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
pemetrexed disodium (generic of ALIMTA) SOLR 100mg, 500mg	1	B/D

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
pemetrexed disodium SOLR 750mg, 1000mg	1	B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	1	NM
<b>HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS</b>		
abiraterone acetate (generic of ZYTIGA) TABS 250mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
abiraterone acetate (generic of ZYTIGA) TABS 500mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
AKEEGA TAB 50/500MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
AKEEGA TAB 100/500 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
anastrozole (generic of ARIMIDEX) TABS 1mg	1	
bicalutamide (generic of CASODEX) TABS 50mg	1	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	1	NM PA
ERLEADA TABS 60mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
ERLEADA TABS 240mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
EULEXIN CAPS 125mg	1	
exemestane (generic of AROMASIN) TABS 25mg	1	
FIRMAGON SOLR 80mg, 120mg/vial	1	NM PA
fulvestrant (generic of FASLODEX) SOSY 250mg/5ml	1	B/D
letrozole (generic of FEMARA) TABS 2.5mg	1	
leuprolide acetate KIT 1mg/0.2ml	1	NM PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	1	NM PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	1	NM PA
LYSODREN TABS 500mg	1	NM
megestrol acetate TABS 20mg, 40mg	1	

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad    **ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos    **VII** - Vacunas / Insulinas    **19**  
 por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>nilutamide</i> (generic of NILANDRON) TABS 150mg	1	
NUBEQA TABS 300mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
ORGOVYX TABS 120mg	1	NM PA
ORSERDU TABS 86mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
ORSERDU TABS 345mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	1	
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>toremifene citrate</i> (generic of FARESTON) TABS 60mg	1	PA
XTANDI CAPS 40mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
XTANDI TABS 40mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
XTANDI TABS 80mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<b>IMMUNOMODULATORS</b>		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 days)	1	QL NM PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg QL (21 caps / 28 days)	1	QL NM PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (21 caps / 28 days)	1	QL NM PA
THALOMID CAPS 50mg QL (84 caps / 28 days)	1	QL NM PA
THALOMID CAPS 100mg QL (112 caps / 28 days)	1	QL NM PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg QL (56 caps / 28 days)	1	QL NM PA
<b>MISCELLANEOUS</b>		
BESREMI SOSY 500mcg/ml QL (2 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
<i>bexarotene</i> (generic of TARGRETIN) CAPS 75mg QL (300 caps / 30 days)	1	QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>doxorubicin hcl</i> (generic of DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE) SOLN 2mg/ml	1	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> (generic of DOXIL) SUSP 2mg/ml	1	B/D
<i>hydroxyurea</i> (generic of HYDREA) CAPS 500mg	1	
<i>irinotecan hcl</i> (generic of CAMPTOSAR) SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml	1	B/D
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 500mg/25ml	1	B/D
IWLIFIN TABS 192mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
MATULANE CAPS 50mg	1	NM
<i>tretinoin</i> (chemotherapy) CAPS 10mg	1	
WELIREG TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<b>MITOTIC INHIBITORS</b>		
<i>docetaxel</i> (generic of DOCETAXEL) CONC 20mg/ml, 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	B/D
DOCIVYX SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	B/D NM
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	1	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	1	B/D
<i>paclitaxel inj</i> 100mg (generic of ABRAXANE)	1	B/D NM
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	1	B/D

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
**V/I** - Vacunas / Insulinas

20

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
vinorelbine tartrate SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	1	B/D
<b>MOLECULAR TARGET AGENTS</b>		
ALECENSA CAPS 150mg QL (240 caps / 30 days)	1	QL NM PA
ALUNBRIG TABS 30mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
ALUNBRIG PAK QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
AUGTYRO CAPS 40mg QL (240 caps / 30 days)	1	QL NM PA
AUGTYRO CAPS 160mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
BALVERSA TABS 3mg QL (84 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
BALVERSA TABS 4mg QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
BALVERSA TABS 5mg QL (28 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg	1	NM PA
bortezomib (generic of VELCADE) SOLR 3.5mg	1	NM PA
BOSULIF CAPS 50mg QL (360 caps / 30 days)	1	QL NM PA
BOSULIF CAPS 100mg QL (150 caps / 25 days)	1	QL NM PA
BOSULIF TABS 100mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
BOSULIF TABS 400mg, 500mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
BRAFTOVI CAPS 75mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM PA
BRUKINSA CAPS 80mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
CALQUENCE CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM PA
CALQUENCE TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
CAPRELSA TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
CAPRELSA TABS 300mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg QL (84 caps / 28 days)	1	QL NM PA
COMETRIQ KIT 100MG QL (56 caps / 28 days)	1	QL NM PA
COMETRIQ KIT 140MG QL (112 caps / 28 days)	1	QL NM PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg QL (56 caps / 28 days)	1	QL NM PA
COTELLIC TABS 20mg QL (63 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
DANZITEN TABS 71mg, 95mg QL (112 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
dasatinib (generic of SPRYCEL) TABS 20mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
dasatinib (generic of SPRYCEL) TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
DAURISMO TABS 25mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
DAURISMO TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
ERIVEDGE CAPS 150mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA
erlotinib hcl TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
erlotinib hcl (generic of TARCEVA) TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad    **ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**V/I** - Vacunas / Insulinas

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
erlotinib hcl TABS 150mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
everolimus (generic of AFINITOR) TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
everolimus (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 2mg QL (150 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
everolimus (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 3mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
everolimus (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 5mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg QL (21 caps / 28 days)	1	QL NM PA
FRUZAQLA CAPS 1mg QL (84 caps / 28 days)	1	QL NM PA
FRUZAQLA CAPS 5mg QL (21 caps / 28 days)	1	QL NM PA
GAVRETO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
gefitinib (generic of IRESSA) TABS 250mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
HERCEP HYLEC SOL 60- 10000	1	NM PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	1	NM PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	1	NM PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 caps / 28 days)	1	QL NM PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 tabs / 28 days)	1	QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
imatinib mesylate (generic of GLEEVEC) TABS 100mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
imatinib mesylate (generic of GLEEVEC) TABS 400mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
IMBRUVICA CAPS 70mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA
IMBRUVICA CAPS 140mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml QL (216 mL / 27 days)	1	QL NM PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
IMKELDI SOLN 80mg/ml QL (280 mL / 28 days)	1	QL NM PA
INLYTA TABS 1mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
INLYTA TABS 5mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
INREBIC CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
ITOVEBI TABS 3mg QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
ITOVEBI TABS 9mg QL (28 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
JAYPIRCA TABS 50mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
JAYPIRCA TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	1	B/D NM
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	1	NM PA

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
**V/I** - Vacunas / Insulinas

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	1	NM PA
KISQALI 200 DOSE 200mg QL (21 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
KISQALI 200 PAK FEMARA QL (49 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
KISQALI 400 DOSE 200mg QL (42 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
KISQALI 400 PAK FEMARA QL (70 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
KISQALI 600 DOSE 200mg QL (63 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
KISQALI 600 PAK FEMARA QL (91 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
KOSELUGO CAPS 10mg QL (240 caps / 30 days)	1	QL NM PA
KOSELUGO CAPS 25mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
KRAZATI TABS 200mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>lapatinib ditosylate</i> (generic of TYKERB) TABS 250mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
LAZCLUZE TABS 80mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
LAZCLUZE TABS 240mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (90 caps / 30 days)	1	QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM PA
LENVIMA CAP 14 MG QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM PA
LENVIMA CAP 18 MG QL (90 caps / 30 days)	1	QL NM PA
LENVIMA CAP 24 MG QL (90 caps / 30 days)	1	QL NM PA
LORBRENA TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
LORBRENA TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
LUMAKRAS TABS 120mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
LUMAKRAS TABS 240mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
LUMAKRAS TABS 320mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (84 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (112 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (140 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml QL (1260 mL / 30 days)	1	QL NM PA
MEKINIST TABS 2mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
MEKINIST TABS .5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
MEKTOVI TABS 15mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
MONJUVI SOLR 200mg NERLYNX TABS 40mg QL (180 tabs / 30 days)	1	NM PA
	1	QL NM PA

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

23

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES	NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg QL (3 caps / 28 days)	1	QL NM PA	RETEVMO TABS 80mg, 120mg, 160mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
ODOMZO CAPS 200mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA	REVUFORJ TABS 110mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
OGIVRI SOLR 150mg, 420mg	1	NM PA	REVUFORJ TABS 160mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
OGSIVEO TABS 50mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	REZLIDHIA CAPS 150mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM PA
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM PA	ROZLYTREK CAPS 100mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM PA
OJEMDA SUSR 25mg/ml QL (96 mL / 28 days)	1	QL NM PA	ROZLYTREK CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days)	1	QL NM PA
OJEMDA TABS 100mg QL (24 tabs / 28 days)	1	QL NM PA	ROZLYTREK PACK 50mg QL (336 packets / 28 days)	1	QL NM PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	1	NM PA	RYDAPT CAPS 25mg QL (224 caps / 28 days)	1	QL NM PA
pazopanib hcl (generic of VOTRIENT) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	SCEMBLIX TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg QL (28 tabs / 28 days)	1	QL NM PA	SCEMBLIX TABS 40mg QL (300 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
PHESGO SOL	1	NM PA	SCEMBLIX TABS 100mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
PIQRAY 200MG DAILY	1	QL NM PA	sorafenib tosylate (generic of NEXAVAR) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
DOSE TBPK 200mg QL (28 tabs / 28 days)			STIVARGA TABS 40mg QL (84 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	1	QL NM PA	sunitinib malate (generic of SUTENT) CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA
PIQRAY 300MG DAILY	1	QL NM PA	TABRECTA TABS 150mg, 200mg QL (112 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
DOSE TBPK 150mg QL (56 tabs / 28 days)			TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
QINLOCK TABS 50mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	TAFINLAR TBSO 10mg QL (900 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
RETEVMO CAPS 40mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM PA			
RETEVMO CAPS 80mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA			
RETEVMO TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA			

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
**V/I** - Vacunas / Insulinas

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA
TALZENNA CAPS .25mg QL (90 caps / 30 days)	1	QL NM PA
TASIGNA CAPS 50mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg QL (112 caps / 28 days)	1	QL NM PA
TAZVERIK TABS 200mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	1	NM PA
TECENTRIQ INJ HYBREZA QL (1 vial / 21 days)	1	QL NM PA
TEPMETKO TABS 225mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
TIBSOVO TABS 250mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
torpenz (generic of AFINITOR) TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	1	NM PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg QL (64 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
TRUQAP TBPK 160mg, 200mg QL (4 packs / 28 days)	1	QL NM PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	1	NM PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
TURALIO CAPS 125mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
VENCLEXTA TABS 10mg, 50mg QL (112 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
VENCLEXTA TAB START PK QL (42 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
VITRAKVI CAPS 25mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM PA
VITRAKVI CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml QL (300 mL / 30 days)	1	QL NM PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
VONJO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
VORANIGO TABS 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
VORANIGO TABS 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
XALKORI CPSP 20mg QL (240 caps / 30 days)	1	QL NM PA
XALKORI CPSP 150mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM PA
XOSPATA TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg QL (4 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 days)	1	QL NM PA

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

25

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) TBPK 60mg QL (4 tabs / 28 days)	1 QL NM PA
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg QL (24 tabs / 28 days)	1 QL NM PA
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 days)	1 QL NM PA
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg QL (32 tabs / 28 days)	1 QL NM PA
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) TBPK 50mg QL (8 tabs / 28 days)	1 QL NM PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	1 QL NM PA
ZELBORAF TABS 240mg QL (240 tabs / 30 days)	1 QL NM PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	1 NM PA
ZOLINZA CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	1 QL NM PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg QL (60 tabs / 30 days)	1 QL NM PA
ZYKADIA TABS 150mg QL (84 tabs / 28 days)	1 QL NM PA
<b>PROTECTIVE AGENTS</b>	
leucovorin calcium SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	1 B/D
leucovorin calcium TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	1
mesna (generic of MESNEX) TABS 400mg	1
MESNEX TABS 400mg	1

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<b>CARDIOVASCULAR - DRUGS TO TREAT HEART AND CIRCULATION CONDITIONS</b>	
<b>ACE INHIBITOR COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg QL (30 caps / 30 days)	1 QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	1 QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	1 QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg QL (30 caps / 30 days)	1 QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	1 QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	1 QL
benazepril & hydrochlorothiazide tab 5- 6.25mg	1
benazepril & hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg (generic of LOTENSIN HCT)	1
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg (generic of LOTENSIN HCT)	1
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg (generic of LOTENSIN HCT)	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    **V/I** - Vacunas / Insulinas

26

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg	1
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	1
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg	1
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg	1
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg	1
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg (generic of VASERETIC)	1
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	1
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	1
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg (generic of ZESTORETIC)	1
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg (generic of ZESTORETIC)	1
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg (generic of ZESTORETIC)	1
<b>ACE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>	
benazepril hcl TABS 5mg	1
benazepril hcl (generic of LOTENSIN) TABS 10mg, 20mg, 40mg	1
captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	1
enalapril maleate (generic of VASOTEC) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	1

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg	1
lisinopril (generic of ZESTRIL) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1
moexipril hcl TABS 7.5mg, 15mg	1
perindopril erbumine TABS 2mg, 4mg, 8mg	1
quinapril hcl (generic of ACCUPRIL) TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1
ramipril CAPS 1.25mg, 5mg	1
ramipril (generic of ALTACE) CAPS 2.5mg, 10mg	1
trandolapril TABS 1mg, 2mg, 4mg	1
<b>ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>	
eplerenone (generic of INSPRA) TABS 25mg, 50mg	1
KERENDIA TABS 10mg, 20mg	1 QL
	QL (30 tabs / 30 days)
spironolactone (generic of ALDACTONE) TABS 25mg, 50mg, 100mg	1
<b>ALPHA BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>	
doxazosin mesylate (generic of CARDURA) TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	1
prazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg	1
terazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	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   **V/I** - Vacunas / Insulinas

27

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<b>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>	
<i>amlodipine besylate- 1 QL olmesartan medoxomil tab 5- 20 mg (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED) QL (30 tabs / 30 days)</i>	
<i>amlodipine besylate- 1 QL olmesartan medoxomil tab 5- 40 mg (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED) QL (30 tabs / 30 days)</i>	
<i>amlodipine besylate- 1 QL olmesartan medoxomil tab 10- 20 mg (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED) QL (30 tabs / 30 days)</i>	
<i>amlodipine besylate- 1 QL olmesartan medoxomil tab 10- 40 mg (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED) QL (30 tabs / 30 days)</i>	
<i>amlodipine besylate-valsartan 1 QL tab 5-160 mg (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)</i>	
<i>amlodipine besylate-valsartan 1 QL tab 5-320 mg (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)</i>	
<i>amlodipine besylate-valsartan 1 QL tab 10-160 mg (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)</i>	
<i>amlodipine besylate-valsartan 1 QL tab 10-320 mg (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)</i>	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<i>candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 16- 12.5 mg (generic of ATACAND HCT) QL (60 tabs / 30 days)</i>	1 QL
<i>candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32- 12.5 mg (generic of ATACAND HCT) QL (30 tabs / 30 days)</i>	1 QL
<i>candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-25 mg (generic of ATACAND HCT) QL (30 tabs / 30 days)</i>	1 QL
<i>ENTRESTO CAP 6-6MG QL (240 caps / 30 days)</i>	1 QL
<i>ENTRESTO CAP 15-16MG QL (240 caps / 30 days)</i>	1 QL
<i>ENTRESTO TAB 24-26MG QL (60 tabs / 30 days)</i>	1 QL
<i>ENTRESTO TAB 49-51MG QL (60 tabs / 30 days)</i>	1 QL
<i>ENTRESTO TAB 97-103MG QL (60 tabs / 30 days)</i>	1 QL
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide 1 tab 150-12.5 mg (generic of AVALIDE) QL (60 tabs / 30 days)</i>	1 QL
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide 1 tab 300-12.5 mg (generic of AVALIDE) QL (30 tabs / 30 days)</i>	1 QL
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 50- 12.5 mg (generic of HYZAAR)</i>	1
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100- 12.5 mg (generic of HYZAAR)</i>	1
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100- 25 mg (generic of HYZAAR)</i>	1

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

28

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES	NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg (generic of BENICAR HCT)	1	QL	telmisartanamlodipine tab 40- 10 mg	1	QL
QL (30 tabs / 30 days)			QL (30 tabs / 30 days)		
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg (generic of BENICAR HCT)	1	QL	telmisartanamlodipine tab 80- 5 mg	1	QL
QL (30 tabs / 30 days)			QL (30 tabs / 30 days)		
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg (generic of BENICAR HCT)	1	QL	telmisartanamlodipine tab 80- 10 mg	1	QL
QL (30 tabs / 30 days)			QL (30 tabs / 30 days)		
olmesartanamlodipinehydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg (generic of TRIBENZOR)	1	QL	telmisartan- hydrochlorothiazide tab 40-	1	QL
QL (30 tabs / 30 days)			12.5 mg (generic of MICARDIS HCT)		
olmesartanamlodipinehydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg (generic of TRIBENZOR)	1	QL	QL (30 tabs / 30 days)		
QL (30 tabs / 30 days)			telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80-25	1	QL
olmesartanamlodipinehydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg (generic of TRIBENZOR)	1	QL	mg (generic of MICARDIS HCT)		
QL (30 tabs / 30 days)			QL (30 tabs / 30 days)		
olmesartanamlodipinehydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg (generic of TRIBENZOR)	1	QL	valsartanhydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg (generic of DIOVAN HCT)	1	QL
QL (30 tabs / 30 days)			QL (30 tabs / 30 days)		
olmesartanamlodipinehydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg (generic of TRIBENZOR)	1	QL	valsartanhydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg (generic of DIOVAN HCT)	1	QL
QL (30 tabs / 30 days)			QL (30 tabs / 30 days)		
telmisartanamlodipine tab 40- 5 mg	1	QL	valsartanhydrochlorothiazide tab 160-25 mg (generic of DIOVAN HCT)	1	QL
QL (30 tabs / 30 days)			QL (30 tabs / 30 days)		
			valsartanhydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg (generic of DIOVAN HCT)	1	QL
			QL (30 tabs / 30 days)		
			valsartanhydrochlorothiazide tab 320-25 mg (generic of DIOVAN HCT)	1	QL
			QL (30 tabs / 30 days)		

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

29

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
<b>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>			
<i>candesartan cilexetil</i> (generic of ATACAND) TABS 4mg, 8mg, 16mg QL (60 tabs / 30 days)			
<i>candesartan cilexetil</i> (generic of ATACAND) TABS 32mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	
<i>irbesartan</i> TABS 75mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	
<i>irbesartan</i> (generic of AVAPRO) TABS 150mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	
<i>losartan potassium</i> (generic of COZAAR) TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	QL	
<i>olmesartan medoxomil</i> (generic of BENICAR) TABS 5mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	
<i>olmesartan medoxomil</i> (generic of BENICAR) TABS 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	
<i>telmisartan</i> (generic of MICARDIS) TABS 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	
<i>valsartan</i> (generic of DIOVAN) TABS 40mg, 80mg, 160mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	
<i>valsartan</i> (generic of DIOVAN) TABS 320mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	
<b>ANTIARRHYTHMICS - DRUGS TO CONTROL HEART RHYTHM</b>			
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 150mg/3ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 200mg, 400mg	1		

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
<i>disopyramide phosphate</i> (generic of NORPACE) CAPS 100mg, 150mg	1		
<i>dofetilide</i> (generic of TIKOSYN) CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	1	NM	
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1		
<i>MULTAQ</i> TABS 400mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 200mg, 400mg	1		
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg	1		
<i>quinidin sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	1		
<i>sotalol hcl</i> (generic of BETAPACE) TABS 80mg, 120mg, 160mg	1		
<i>sotalol hcl</i> TABS 240mg	1		
<i>sotalol hcl</i> (afib/afl) (generic of BETAPACE AF) TABS 80mg, 120mg, 160mg	1		
<b>ANTILIPEMICS, FIBRATES</b>			
<i>fenofibrate</i> (generic of TRICOR) TABS 48mg, 145mg	1		
<i>fenofibrate</i> TABS 54mg, 160mg	1		
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	1		
<i>gemfibrozil</i> (generic of LOPID) TABS 600mg	1		
<b>ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL</b>			
<i>atorvastatin calcium</i> (generic of LIPITOR) TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	

**PA** - Previa autorización   **QL** - Límites de cantidad   **por correo**   **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada   **NM** - Sin encargos   **VII** - Vacunas / Insulinas

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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>NEXLETOL</i> TABS 180mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>NEXLIZET TAB 180/10MG</i> QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> (generic of LOVAZA)	1	PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm	1	
<i>prevalite</i> (generic of QUESTRAN LIGHT) POWD 4gm/dose	1	
<i>REPATHA SOSY</i> 140mg/ml	1	NM PA
<i>REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM</i> SOCT 420mg/3.5ml	1	NM PA
<i>REPATHA SURECLICK SOAJ</i> 140mg/ml	1	NM PA
<i>VASCEPA CAPS .5gm, 1gm</i>	1	
<b>BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS</b>		
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 50-25 mg</i> (generic of TENORETIC 50)	1	
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 100-25 mg</i> (generic of TENORETIC 100)	1	
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	1	
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
**V/I** - Vacunas / Insulinas

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1		
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	1		
<b>BETA-BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS</b>			
<i>acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg</i>	1		
<i>atenolol (generic of TENORMIN) TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1		
<i>betaxolol hcl TABS 10mg, 20mg</i>	1		
<i>bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg</i>	1		
<i>carvedilol (generic of COREG) TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg</i>	1		
<i>labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg</i>	1		
<i>metoprolol succinate (generic of TOPROL XL) TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	1		
<i>metoprolol tartrate SOLN 5mg/5ml; TABS 25mg</i>	1		
<i>metoprolol tartrate (generic of LOPRESSOR) TABS 50mg, 100mg</i>	1		
<i>nadolol TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	1		
<i>nebivolol hcl (generic of BYSTOLIC) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	QL	
		QL (30 tabs / 30 days)	
<i>nebivolol hcl (generic of BYSTOLIC) TABS 20mg</i>	1	QL	
		QL (60 tabs / 30 days)	
<i>pindolol TABS 5mg, 10mg</i>	1		
<i>propranolol hcl (generic of INDERAL LA) CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg</i>	1		

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
<i>propranolol hcl SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	1		
<i>timolol maleate TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	1		
<b>CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS</b>			
<i>amlodipine besylate (generic of NORVASC) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1		
<i>cartia xt (generic of CARDIZEM CD) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	1		
<i>dilt-xr CP24 120mg, 180mg, 240mg</i>	1		
<i>diltiazem hcl CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TABS 90mg</i>	1		
<i>diltiazem hcl (generic of CARDIZEM) TABS 30mg, 60mg, 120mg</i>	1		
<i>diltiazem hcl coated beads (generic of CARDIZEM CD) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	1		
<i>diltiazem hcl extended release beads (generic of TIAZAC) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	1		
<i>felodipine TB24 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1		
<i>isradipine CAPS 2.5mg, 5mg</i>	1		
<i>nicardipine hcl CAPS 20mg, 30mg</i>	1		
<i>nifedipine TB24 30mg, 60mg, 90mg</i>	1		
<i>nifedipine (generic of PROCARDIA XL) TB24 30mg, 60mg, 90mg</i>	1		
<i>nimodipine CAPS 30mg</i>	1		

**PA** - Previa autorización   **QL** - Límites de cantidad  
por correo   **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada   **NM** - Sin encargos  
**VII** - Vacunas / Insulinas

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<i>tiadylt er</i> (generic of TIAZAC) 1 CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 1 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml; TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	
<i>verapamil hcl</i> (generic of VERELAN) CP24 120mg, 180mg, 240mg	1
<b>DIURETICS - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS</b>	
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; 1 TABS 125mg, 250mg	
<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	1
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	1
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; 1 TABS 1mg, 2mg	
<i>bumetanide</i> (generic of BUMEX) TABS .5mg	1
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 1 50mg	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 1 40mg/5ml	
<i>furosemide</i> (generic of LASIX) 1 TABS 20mg, 40mg, 80mg	
<i>furosemide inj</i> SOLN 1 10mg/ml	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 1 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 1 2.5mg	
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 1 50mg	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 1 5mg, 10mg	
<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<i>torsemide</i> TABS 5mg, 10mg, 1 20mg, 100mg	1
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	1
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	1
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	1
<b>MISCELLANEOUS</b>	
<i>aliskiren fumarate</i> (generic of TEKTONA) TABS 150mg, 300mg	1
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-1) PTWK .1mg/24hr	1
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-2) PTWK .2mg/24hr	1
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-3) PTWK .3mg/24hr	1
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	1
<i>CORLANOR</i> SOLN 5mg/5ml 1 QL QL (450 mL / 30 days)	QL
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml 1	
<i>digoxin</i> (generic of LANOXIN) 1 SOLN .25mg/ml	
<i>digoxin</i> (generic of LANOXIN) 1 QL TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 days)	QL
<i>droxidopa</i> (generic of NORTHERA) CAPS 100mg QL (90 caps / 30 days)	1 QL NM PA
<i>droxidopa</i> (generic of NORTHERA) CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 days)	1 QL NM PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> 1 SOLN 1mg/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   **V/I** - Vacunas / Insulinas

33

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
guanfacine hcl TABS 1mg, 2mg PA applies if 70 years and older	1 PA
hydralazine hcl SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1
ivabradine hcl (generic of CORLANOR) TABS 5mg, 7.5mg QL (60 tabs / 30 days)	1 QL
metyrosine (generic of DEMSER) CAPS 250mg	1 NM PA
midodrine hcl TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1
minoxidil TABS 2.5mg, 10mg	1
ranolazine TB12 500mg, 1000mg	1
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1 QL PA
<b>NITRATES - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS</b>	
isosorbide dinitrate (generic of ISORDIL TITRADOSE) TABS 5mg	1
isosorbide dinitrate TABS 10mg, 20mg, 30mg	1
isosorbide mononitrate TABS 10mg, 20mg; TB24 30mg, 60mg, 120mg	1
NITRO-BID OINT 2%	1
nitroglycerin PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr	1
nitroglycerin (generic of NITROLINGUAL) SOLN .4mg/spray	1
nitroglycerin (generic of NITROSTAT) SUBL .3mg, .4mg, .6mg	1

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<b>PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - DRUGS TO TREAT PULMONARY HYPERTENSION</b>	
alyq (generic of ADCIRCA) TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	1 QL NM PA
ambrisentan (generic of LETAIRIS) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1 QL NM PA
bosentan (generic of TRACLEER) TABS 62.5mg, 125mg QL (60 tabs / 30 days)	1 QL NM PA
OPSUMIT TABS 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1 QL NM PA
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) (generic of REVATIO) TABS 20mg QL (360 tabs / 30 days)	1 QL NM PA
tadalafil (pulmonary hypertension) (generic of ADCIRCA) TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	1 QL NM PA
treprostinil SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	1 NM PA
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS</b>	
<b>ANTIANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY</b>	
alprazolam (generic of XANAX) TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 days)	1 QL
buspirone hcl TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	1
fluvoxamine maleate TABS 25mg, 50mg, 100mg	1
lorazepam CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 days)	1 QL
lorazepam (generic of ATIVAN) SOLN 4mg/ml, 20mg/10ml	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    **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	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>lorazepam</i> (generic of ATIVAN) TABS .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 days)	1	QL
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 days)	1	QL
<b>ANTIDEMENTIA - DRUGS TO TREAT DEMENTIA AND MEMORY LOSS</b>		
<i>donepezil hydrochloride</i> (generic of ARICEPT) TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>donepezil hydrochloride</i> (generic of ARICEPT) TABS 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>donepezil hydrochloride</i> TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>donepezil hydrochloride</i> TBDP 10mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml QL (200 mL / 30 days)	1	QL
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg PA applies if 29 years and younger	1	PA
<i>memantine hcl</i> tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack (generic of NAMENDA TITRATION PAK) PA applies if 29 years and younger	1	PA
<i>memantine hcl-donepezil hcl</i> cap er 24hr 14-10 mg (generic of NAMZARIC)	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>memantine hcl-donepezil hcl</i> cap er 24hr 28-10 mg (generic of NAMZARIC)	1	
NAMZARIC CAP 7-10MG	1	
NAMZARIC CAP 14-10MG	1	
NAMZARIC CAP 21-10MG	1	
NAMZARIC CAP 28-10MG	1	
NAMZARIC CAP PACK	1	
<i>rivastigmine</i> (generic of EXELON) PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	1	QL
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
<b>ANTIDEPRESSANTS - DRUGS TO TREAT DEPRESSION</b>		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg AUVELITY TAB 45-105MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg bupropion hcl (generic of WELLBUTRIN SR) TB12 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN XL) TB24 150mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN XL) TB24 300mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml <i>citalopram hydrobromide</i> (generic of CELEXA) TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos    **VII** - Vacunas / Insulinas

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>clomipramine hcl</i> (generic of ANAFRANIL) CAPS 25mg, 50mg, 75mg	1	PA
<i>desipramine hcl</i> (generic of NORPRAMIN) TABS 10mg, 25mg	1	
<i>desipramine hcl</i> TABS 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>desvenlafaxine succinate</i> (generic of PRISTIQ) TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	1	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>duloxetine hcl</i> (generic of CYMBALTA) CPEP 20mg, 30mg, 60mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	1	QL PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	1	
<i>escitalopram oxalate</i> (generic of LEXAPRO) TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL PA
FETZIMA CAP TITRATIO QL (2 packs / year)	1	QL PA
<i>fluoxetine hcl</i> (generic of PROZAC) CAPS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	
MARPLAN TABS 10mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg, 45mg	1	
<i>mirtazapine</i> (generic of REMERON) TABS 15mg, 30mg	1	
<i>mirtazapine</i> (generic of REMERON SOLTAB) TBDP 15mg, 30mg, 45mg	1	
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	1	
<i>nortriptyline hcl</i> (generic of PAMELOR) CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	1	
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	1	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>paroxetine hcl</i> (generic of PAXIL) TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
<i>phenelzine sulfate</i> (generic of NARDIL) TABS 15mg	1	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>sertraline hcl</i> (generic of ZOLOFT) CONC 20mg/ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> (generic of PARNATE) TABS 10mg	1	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos    **V/I** - Vacunas / Insulinas

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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg	1	
carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg	1	
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 12.5-50-200 mg	1	
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 18.75-75- 200 mg	1	
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 25-100-200 mg	1	
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 31.25-125- 200 mg	1	
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 37.5-150- 200 mg	1	
carbidopa-levodopa- entacapone tabs 50-200-200 mg	1	
entacapone TABS 200mg	1	
INBRIJA CAPS 42mg QL (300 caps / 30 days)	1	QL NM PA
pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	1	
rasagiline mesylate (generic of AZILECT) TABS .5mg, 1mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	1	
selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg	1	
trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg PA applies if 70 years and older	1	PA

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

37

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<b>ANTIPSYCHOTICS - DRUGS TO TREAT PSYCHOSES</b>	
ABILIFY ASIMTUFII PRSY 720mg/2.4ml, 960mg/3.2ml QL (1 syringe / 56 days)	1 QL
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg QL (1 syringe / 28 days)	1 QL
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg QL (1 injection / 28 days)	1 QL
aripiprazole SOLN 1mg/ml QL (900 mL / 30 days)	1 QL
aripiprazole (generic of ABILIFY) TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (30 tabs / 30 days)	1 QL
aripiprazole TBDP 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 days)	1 QL ST
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 syringe / 28 days)	1 QL
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 syringe / 56 days)	1 QL
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	1
asenapine maleate (generic of SAPHRIS) SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1 QL
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg QL (30 caps / 30 days)	1 QL
chlorpromazine hcl CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1
clozapine (generic of CLOZARIL) TABS 25mg	1

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
clozapine TABS 50mg	1
clozapine (generic of CLOZARIL) TABS 100mg QL (270 tabs / 30 days)	1 QL
clozapine TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	1 QL
clozapine TBDP 12.5mg, 25mg	1 PA
clozapine TBDP 100mg QL (270 tabs / 30 days)	1 QL PA
clozapine TBDP 150mg QL (180 tabs / 30 days)	1 QL PA
clozapine TBDP 200mg QL (120 tabs / 30 days)	1 QL PA
COBENFY CAP 50-20MG QL (60 caps / 30 days)	1 QL PA
COBENFY CAP 100-20MG QL (60 caps / 30 days)	1 QL PA
COBENFY CAP 125-30MG QL (60 caps / 30 days)	1 QL PA
COBENFY STRT CAP PACK QL (2 packs / year)	1 QL PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 days)	1 QL PA
FANAPT PAK QL (2 packs / year)	1 QL PA
fluphenazine decanoate SOLN 25mg/ml	1
fluphenazine hcl CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1
haloperidol TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1
haloperidol decanoate (generic of HALDOL) DECANOATE 50) SOLN 50mg/ml	1
haloperidol decanoate (generic of HALDOL) DECANOATE 100) SOLN 100mg/ml	1

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

38

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES	NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	1		<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	QL
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml QL (1 injection / 180 days)	1	QL	QL (30 tabs / 30 days)		
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml, 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 syringe / 28 days)	1	QL	<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) TABS 20mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml QL (1 syringe / 90 days)	1	QL	<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL ST
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1		<i>olanzapine</i> TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL ST
<i>lurasidone hcl</i> (generic of LATUDA) TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	<i>OPIPZA</i> FILM 2mg, 5mg QL (30 films / 30 days)	1	QL PA
<i>lurasidone hcl</i> (generic of LATUDA) TABS 80mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	<i>OPIPZA</i> FILM 10mg QL (90 films / 30 days)	1	QL PA
LYBALVI TAB 5-10MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
LYBALVI TAB 10-10MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	<i>paliperidone</i> (generic of INVEGA) TB24 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
LYBALVI TAB 15-10MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	<i>paliperidone</i> (generic of INVEGA) TB24 6mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
LYBALVI TAB 20-10MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	1	
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	1		<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	1	
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA	<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 25mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 50mg, 100mg, 200mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) SOLR 10mg QL (3 vials / 1 day)	1	QL	<i>quetiapine fumarate</i> TABS 150mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
			<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL XR) TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
**V/I** - Vacunas / Insulinas

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL XR) TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>risperidone</i> (generic of RISPERDAL) SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 days)	1	QL
<i>risperidone</i> (generic of RISPERDAL) TABS .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	
<i>risperidone</i> TABS .25mg	1	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL ST
<i>risperidone</i> TBDP 4mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL ST
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL ST
<i>risperidone microspheres</i> (generic of RISPERDAL CONSTA) SRER 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (2 injections / 28 days)	1	QL
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 1 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	1	QL
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml QL (600 mL / 30 days)	1	QL PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>ziprasidone hcl</i> (generic of GEODON) CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
<i>ziprasidone mesylate</i> (generic of GEODON) SOLR 20mg QL (6 injections / 3 days)	1	QL
<b>ANTISEIZURE AGENTS</b>		
APTIOM TABS 200mg, 400mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
APTIOM TABS 600mg, 800mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
BRIVIACT SOLN 10mg/ml QL (600 mL / 30 days)	1	QL PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg, 200mg	1	
<i>carbamazepine</i> (generic of CARBATROL) CP12 100mg, 200mg, 300mg	1	
<i>carbamazepine</i> (generic of TEGRETOL) SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg	1	
<i>carbamazepine</i> (generic of TEGRETOL-XR) TB12 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>clobazam</i> (generic of ONFI) SUSP 2.5mg/ml QL (480 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>clobazam</i> (generic of ONFI) TABS 10mg, 20mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>clonazepam</i> (generic of KLONOPIPIN) TABS 2mg QL (300 tabs / 30 days)	1	QL

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

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos    **V/I** - Vacunas / Insulinas

40

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
clonazepam (generic of KLOKOPIN) TABS .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
clonazepam TBDP 2mg QL (300 tabs / 30 days)	1	QL
clonazepam TBDP .125mg,.25mg, .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
clorazepate dipotassium TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older	1	QL PA
DIACOMIT CAPS 250mg QL (360 caps / 30 days)	1	QL NM PA
DIACOMIT CAPS 500mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM PA
DIACOMIT PACK 250mg QL (360 packets / 30 days)	1	QL NM PA
DIACOMIT PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	1	QL NM PA
diazepam SOLN 5mg/5ml QL (1200 mL / 30 days) PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply	1	QL PA
diazepam (generic of VALIUM) TABS 2mg, 5mg, 10mg QL (120 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply	1	QL PA
diazepam (anticonvulsant) GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	1	
diazepam inj SOLN 5mg/ml	1	
diazepam intensol CONC 5mg/ml QL (240 mL / 30 days) PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply	1	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
DILANTIN CAPS 30mg	1	
divalproex sodium (generic of DEPAKOTE SPRINKLES) CSDR 125mg	1	
divalproex sodium (generic of DEPAKOTE ER) TB24 250mg, 500mg	1	
divalproex sodium (generic of DEPAKOTE) TBEC 125mg, 250mg, 500mg	1	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 days)	1	QL NM PA
epitol (generic of TEGRETOL) TABS 200mg	1	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml QL (480 mL / 30 days)	1	QL PA
ethosuximide (generic of ZARONTIN) CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	1	
felbamate SUSP 600mg/5ml	1	
felbamate (generic of FELBATOL) TABS 400mg, 600mg	1	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 days)	1	QL NM PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml QL (720 mL / 30 days)	1	QL PA
FYCOMPA TABS 2mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
gabapentin (generic of NEURONTIN) CAPS 100mg, 300mg QL (360 caps / 30 days)	1	QL
gabapentin (generic of NEURONTIN) CAPS 400mg QL (270 caps / 30 days)	1	QL
gabapentin (generic of NEURONTIN) SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml QL (2160 mL / 30 days)	1	QL

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

41

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES	NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) TABS 600mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL		<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM)	1		
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) TABS 800mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL		<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM)	1		
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) SOLN 200mg/20ml	1			<i>LIBERVANT</i> FILM 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg QL (10 buccal films / 30 days)	1	QL	
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) TABS 50mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL		<i>methylsuximide</i> (generic of CELONTIN) CAPS 300mg	1		
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL		<i>NAYZILAM</i> SOLN 5mg/0.1ml QL (10 nasal units per 30 days)	1	QL	
<i>lacosamide oral</i> (generic of VIMPAT) SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 days)	1	QL		<i>oxcarbazepine</i> (generic of TRILEPTAL) SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	1		
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL CHEWABLE DISPERS) CHEW 5mg, 25mg	1			<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml QL (1500 mL / 30 days) PA applies if 70 years and older	1	QL PA	
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL) TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1			<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg QL (120 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older	1	QL PA	
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL XR) TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	1	ST		<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml PA applies if 70 years and older	1	PA	
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPEPRA) SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg LEVETIRACETAM TB3D 250mg QL (360 tabs / 30 days)	1	QL		<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	1		
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPEPRA XR) TB24 500mg, 750mg	1			<i>phenytoin</i> (generic of DILANTIN INFATABS) CHEW 50mg	1		
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM)	1			<i>phenytoin</i> (generic of DILANTIN-125) SUSP 125mg/5ml	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   **V/I** - Vacunas / Insulinas

42

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L REQUISITOS / LIMITES	NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L REQUISITOS / LIMITES
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	1	<i>subvenite</i> (generic of LAMICTAL) TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1
<i>phenytoin sodium extended</i> (generic of DILANTIN) CAPS 100mg	1	<i>SYMPAZAN</i> FILM 5mg, 10mg, 20mg	1 QL PA QL (60 films / 30 days)
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 200mg, 300mg	1	<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	1
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1 QL PA QL (120 caps / 30 days)	<i>topiramate</i> (generic of TOPAMAX SPRINKLE) CPSP 15mg, 25mg	1
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 200mg	1 QL PA QL (90 caps / 30 days)	<i>topiramate</i> CPSP 50mg	1
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 225mg, 300mg	1 QL PA QL (60 caps / 30 days)	<i>topiramate</i> (generic of TOPAMAX) TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) SOLN 20mg/ml	1 QL PA QL (900 mL / 30 days)	<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	1
<i>primidone</i> (generic of MYSOLINE) TABS 50mg, 250mg	1	<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	1
<i>primidone</i> TABS 125mg	1	VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	1 QL QL (10 blister packs per 30 days)
<i>roweepra</i> (generic of KEPPTRA) TABS 500mg	1	VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	1 QL QL (10 blister packs per 30 days)
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) SUSP 40mg/ml	1 QL PA QL (2400 mL / 30 days)	VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	1 QL QL (10 blister packs per 30 days)
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) TABS 200mg	1 QL PA QL (480 tabs / 30 days)	VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	1 QL QL (10 blister packs per 30 days)
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) TABS 400mg	1 QL PA QL (240 tabs / 30 days)	vigabatrin (generic of SABRIL) PACK 500mg	1 QL NM PA QL (180 packets / 30 days)
SPRITAM TB3D 250mg	1 QL QL (360 tabs / 30 days)	vigabatrin (generic of SABRIL) TABS 500mg	1 QL NM PA QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 500mg	1 QL QL (180 tabs / 30 days)		
SPRITAM TB3D 750mg	1 QL QL (120 tabs / 30 days)		
SPRITAM TB3D 1000mg	1 QL QL (90 tabs / 30 days)		

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

43

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
vigadrome (generic of SABRIL) PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	1	QL NM PA	
vigadrome (generic of SABRIL) TABS 500mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	
VIGAFYDE SOLN 100mg/ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL NM PA	
vigpoder (generic of SABRIL) PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	1	QL NM PA	
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	
XCOPRI TABS 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 days)	1	QL	
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 days)	1	QL	
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 days)	1	QL	
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 days)	1	QL	
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 days)	1	QL	
ZONISADE SUSP 100mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL PA	
zonisamide (generic of ZONEGRAN) CAPS 25mg, 100mg	1		
zonisamide CAPS 50mg	1		
ZTALMY SUSP 50mg/ml QL (1100 mL / 30 days)	1	QL NM PA	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
<b>ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - DRUGS TO TREAT ADHD</b>			
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg (generic of ADDERALL XR)	1	QL PA	
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg (generic of ADDERALL XR)	1	QL PA	
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg (generic of ADDERALL XR)	1	QL PA	
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg (generic of ADDERALL XR)	1	QL PA	
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg (generic of ADDERALL XR)	1	QL PA	
amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg (generic of ADDERALL)	1	QL PA	
amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg (generic of ADDERALL)	1	QL PA	
amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg (generic of ADDERALL)	1	QL PA	

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad    **ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos    **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	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES	NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA	guanfacine hcl (adhd) (generic of INTUNIV) TB24 3mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA	PA applies if 70 years and older		
amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg (generic of ADDERALL) QL (90 tabs / 30 days)	1	QL PA	methylphenidate hcl CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL PA
amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA	methylphenidate hcl (generic of METHYLIN) SOLN 5mg/5ml QL (1800 mL / 30 days)	1	QL PA
atomoxetine hcl (generic of STRATTERA) CAPS 10mg, 18mg, 25mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL	methylphenidate hcl (generic of METHYLIN) SOLN 10mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL PA
atomoxetine hcl (generic of STRATTERA) CAPS 40mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL	methylphenidate hcl (generic of RITALIN) TABS 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL PA
atomoxetine hcl (generic of STRATTERA) CAPS 60mg, 80mg, 100mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL	methylphenidate hcl (generic of RITALIN) TABS 20mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL PA
dexmethylphenidate hcl (generic of FOCALIN) TABS 2.5mg, 5mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL PA	methylphenidate hcl TBCR 10mg, 20mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL PA
dexmethylphenidate hcl (generic of FOCALIN) TABS 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA	<b>HYPNOTICS - DRUGS TO TREAT INSOMNIA</b>		
guanfacine hcl (adhd) (generic of INTUNIV) TB24 1mg, 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA	DAYVIGO TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
PA applies if 70 years and older			doxepin hcl (sleep) (generic of SILENOR) TABS 3mg, 6mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
			eszopiclone (generic of LUNESTA) TABS 1mg, 2mg, 3mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
			PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year		
			tasimelteon (generic of HETLIOZ) CAPS 20mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA

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

45

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
temazepam (generic of RESTORIL) CAPS 7.5mg, 30mg	1	QL PA QL (30 caps / 30 days) PA applies if 65 years and older
temazepam (generic of RESTORIL) CAPS 15mg	1	QL (60 caps / 30 days) PA applies if 65 years and older
zaleplon CAPS 5mg	1	QL PA QL (30 caps / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
zaleplon CAPS 10mg	1	QL PA QL (60 caps / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
zolpidem tartrate (generic of AMBIEN) TABS 5mg, 10mg	1	QL PA QL (30 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<b>MIGRAINE - DRUGS TO TREAT SEVERE HEADACHES</b>		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	1	QL NM PA QL (1 pen / 30 days)
dihydroergotamine mesylate SOLN 1mg/ml	1	
dihydroergotamine mesylate SOLN 4mg/ml	1	QL PA QL (8 mL / 30 days)
EMGALITY SOAJ 120mg/ml	1	QL NM PA QL (2 pens / 30 days)
EMGALITY SOSY 100mg/ml	1	QL NM PA QL (3 syringes / 30 days)

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
EMGALITY SOSY 120mg/ml	1	QL NM PA QL (2 syringes / 30 days)
ergotamine w/ caffeine tab 100 mg	1	QL PA QL (40 tabs / 28 days)
naratriptan hcl TABS 1mg, 2.5mg	1	QL QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	1	QL PA QL (16 tabs / 30 days)
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	1	QL PA QL (30 tabs / 30 days)
rizatriptan benzoate TABS 5mg; TBDP 5mg	1	QL QL (18 tabs / 30 days)
rizatriptan benzoate (generic of MAXALT) TABS 10mg	1	QL QL (18 tabs / 30 days)
rizatriptan benzoate (generic of MAXALT-MLT) TBDP 10mg	1	QL QL (18 tabs / 30 days)
sumatriptan SOLN 5mg/act	1	QL QL (24 units / 30 days)
sumatriptan SOLN 20mg/act	1	QL QL (12 units / 30 days)
sumatriptan succinate SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	1	QL QL (18 injections / 30 days)
sumatriptan succinate (generic of IMITREX STATDOSE SYSTEM) SOAJ 6mg/0.5ml	1	QL QL (12 injections / 30 days)
sumatriptan succinate (generic of IMITREX STATDOSE REFILL) SOCT 6mg/0.5ml	1	QL QL (12 injections / 30 days)

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

46

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
sumatriptan succinate 6mg/0.5ml	SOLN	1	QL QL (12 injections / 30 days)
sumatriptan succinate (generic of IMITREX)	TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	QL QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY	TABS 50mg, 100mg	1	QL PA QL (16 tabs / 30 days)
<b>MISCELLANEOUS</b>			
AUSTEDO	TABS 6mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
AUSTEDO	TABS 9mg, 12mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
AUSTEDO XR	TB24 6mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
AUSTEDO XR	TB24 12mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
AUSTEDO XR	TB24 18mg, 24mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
AUSTEDO XR	TB24 30mg, 36mg, 42mg, 48mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	1	QL NM PA QL (2 packs / year)	
lithium	SOLN 8meq/5ml	1	
lithium carbonate	CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 450mg	1	
lithium carbonate (generic of LITHOBID)	TBCR 300mg	1	
NUEDEXTA CAP	20-10MG QL (60 caps / 30 days)	1	QL PA
pyridostigmine bromide (generic of MESTINON)	TABS 60mg	1	
riluzole	TABS 50mg	1	
tetrabenazine (generic of XENAZINE)	TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
tetrabenazine (generic of XENAZINE)	TABS 25mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<b>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS TO TREAT MULTIPLE SCLEROSIS</b>			
BAFIERTAM	CPDR 95mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
BETASERON	KIT .3mg QL (14 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
COPAXONE	SOSY 20mg/ml QL (30 syringes / 30 days)	1	QL NM PA
COPAXONE	SOSY 40mg/ml QL (12 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
dalfampridine (generic of AMPYRA)	TB12 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
fingolimod hcl (generic of GILENYA)	CAPS .5mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA
glatiramer acetate (generic of COPAXONE)	SOSY 20mg/ml QL (30 syringes / 30 days)	1	QL NM PA
glatiramer acetate (generic of COPAXONE)	SOSY 40mg/ml QL (12 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
glatopa (generic of COPAXONE)	SOSY 20mg/ml QL (30 syringes / 30 days)	1	QL NM PA
glatopa (generic of COPAXONE)	SOSY 40mg/ml QL (12 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
KESIMPTA	SOAJ 20mg/0.4ml QL (16 pens / 365 days)	1	QL NM PA

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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<b>MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS TO TREAT MUSCLE SPASMS</b>	
baclofen TABS 5mg QL (90 tabs / 30 days)	1 QL
baclofen TABS 10mg, 20mg	1
carisoprodol (generic of SOMA) TABS 350mg QL (120 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	1 QL PA
cyclobenzaprine hcl TABS 5mg, 10mg QL (90 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	1 QL PA
dantrolene sodium (generic of DANTRIUM) CAPS 25mg	1
dantrolene sodium CAPS 50mg, 100mg	1
methocarbamol TABS 500mg QL (360 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	1 QL PA
methocarbamol TABS 750mg QL (240 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	1 QL PA
tizanidine hcl TABS 2mg	1
tizanidine hcl (generic of ZANAFLEX) TABS 4mg	1
<b>NARCOLEPSY/CATAPLEXY - DRUGS FOR SLEEP DISORDERS</b>	
armodafinil (generic of NUVIGIL) TABS 50mg QL (60 tabs / 30 days)	1 QL PA
armodafinil (generic of NUVIGIL) TABS 150mg, 200mg, 250mg QL (30 tabs / 30 days)	1 QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
modafinil (generic of PROVIGIL) TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1 QL PA
modafinil (generic of PROVIGIL) TABS 200mg QL (60 tabs / 30 days)	1 QL PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml QL (540 mL / 30 days)	1 QL NM PA
<b>PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC</b>	
acamprosate calcium TBEC 333mg	1
buprenorphine hcl SUBL 2mg, 8mg QL (90 tabs / 30 days)	1 QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv) (generic of SUBOXONE) QL (90 films / 30 days)	1 QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv) (generic of SUBOXONE) QL (90 films / 30 days)	1 QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv) (generic of SUBOXONE) QL (90 films / 30 days)	1 QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv) (generic of SUBOXONE) QL (60 films / 30 days)	1 QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv) QL (90 tabs / 30 days)	1 QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv) QL (90 tabs / 30 days)	1 QL
bupropion hcl (smoking deterrent) TB12 150mg QL (60 tabs / 30 days)	1 QL

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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY .4mg/ml, 2mg/2ml	1	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	1	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	1	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	1	
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg QL (56 tabs / 28 days)	1	QL
<i>varenicline tartrate</i> tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack QL (2 packs / year)	1	QL
VIVITROL SUSR 380mg	1	NM
<b>ENDOCRINE AND METABOLIC - DRUGS TO TREAT DIABETES AND REGULATE HORMONES</b>		
<b>ANDROGENS - DRUGS TO REGULATE MALE HORMONES</b>		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	1	PA
<i>methyltestosterone</i> CAPS 10mg QL (600 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 days)	1	QL PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	1	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	1	PA
<i>testosterone pump</i> (generic of ANDROGEL PUMP) GEL 1.62% QL (150 gm / 30 days)	1	QL PA
<b>ANTIDIABETICS</b>		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>FARXIGA</i> TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glimepiride</i> TABS 4mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide</i> TABS 5mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide</i> TABS 10mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide xl</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide xl</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide-metformin hcl</i> tab 2.5-250 mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide-metformin hcl</i> tab 2.5-500 mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide-metformin hcl</i> tab 5-500 mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
GLYXAMBI TAB 10-5 MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
GLYXAMBI TAB 25-5 MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
JANUMET TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos **V/I** - Vacunas / Insulinas

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

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

50

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
SYNJARDY TAB 12.5-500 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
SYNJARDY XR TAB 10-1000 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
SYNJARDY XR TAB 25-1000 QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
TRADJENTA TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
TRULICITY SOAJ .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml QL (4 pens / 28 days)	1	QL PA
XIGDUO XR TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
XIGDUO XR TAB 5-500MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
XIGDUO XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
XIGDUO XR TAB 10-500MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
XIGDUO XR TAB 10-1000 QL (30 tabs / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<b>ANTIDIABETICS, INSULINS</b>		
ADMELOG SOLN 100unit/ml	1	V/I
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	1	V/I
ALCOHOL SWABS: BD-EMBECTA/MHC/RUGBY	1	PA
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	1	V/I
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY) QL (10 patches / 30 days)	1	QL PA
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY) QL (8 patches / 24 days)	1	QL PA
CEQUR SIMPL MIS INSERTER QL (2 inserters / year)	1	QL PA
FIASP SOLN 100unit/ml	1	V/I
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	1	V/I
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	1	V/I
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	1	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	1	PA
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml)	1	V/I B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	1	V/I
INSULIN PEN NEEDLES: BD- EMBECTA	1	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: BD-EMBECTA	1	PA
INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA	1	PA
NOVOLIN INJ 70/30 (brand RELION not covered)	1	V/I
NOVOLIN INJ 70/30 FP (brand RELION not covered)	1	V/I

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

51

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES	NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml (brand RELION not covered)	1	V/I	OMNIPOD 5 LB KIT INTRO G6	1	QL PA QL (1 kit / year)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	1	V/I	OMNIPOD 5 LB MIS PODS G6	1	QL PA QL (15 pods / 30 days)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml (brand RELION not covered)	1	V/I	OMNIPOD DASH KIT INTRO QL (1 kit / year)	1	QL PA
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	1	V/I	OMNIPOD DASH MIS PODS QL (15 pods / 30 days)	1	QL PA
NOVOLOG SOLN 100unit/ml (brand RELION not covered)	1	V/I	OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	1	QL PA QL (15 pods / 30 days)
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	1	V/I	OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	1	QL PA QL (15 pods / 30 days)
NOVOLOG MIX INJ 70/30 (brand RELION not covered)	1	V/I	OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	1	QL PA QL (15 pods / 30 days)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN (brand RELION not covered)	1	V/I	OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	1	QL PA QL (15 pods / 30 days)
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml (brand RELION not covered)	1	V/I	OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	1	QL PA QL (15 pods / 30 days)
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	1	QL PA QL (1 kit / year)	OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	1	QL PA QL (15 pods / 30 days)
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6	1	QL PA QL (15 pods / 30 days)	OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	1	QL PA QL (15 pods / 30 days)
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	1	QL PA QL (1 kit / year)	OMNIPOD MIS CLASSIC QL (15 pods / 30 days)	1	QL PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	1	QL PA QL (15 pods / 30 days)	SOLIQUA INJ 100/33 QL (5 pens / 25 days)	1	V/I QL
			TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	1	V/I
			TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	1	V/I
			TRESIBA SOLN 100unit/ml	1	V/I
			TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	1	V/I
			XULTOPHY INJ 100/3.6 QL (5 pens / 30 days)	1	V/I 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  
**V/I** - Vacunas / Insulinas

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
<b>CALCIUM REGULATORS</b>			
alendronate sodium SOLN 70mg/75ml	1	ST	
alendronate sodium TABS 10mg, 35mg	1		
alendronate sodium (generic of FOSAMAX) TABS 70mg	1		
calcitonin (salmon) spray SOLN 200unit/act	1	B/D	
ibandronate sodium TABS 150mg	1	B/D	
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	1	B/D	
pamidronate disodium SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	1	B/D	
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 syringe / 180 days)	1	QL NM	
risedronate sodium TABS 5mg, 150mg	1		
risedronate sodium (generic of ACTONEL) TABS 35mg	1		
risedronate sodium (generic of ATELVIA) TBEC 35mg	1	ST	
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	1	NM PA	
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	1	NM PA	
zoledronic acid CONC 4mg/5ml	1	B/D NM	
zoledronic acid (generic of RECLAST) SOLN 5mg/100ml	1	B/D NM	
<b>CHELATING AGENTS</b>			
CHEMET CAPS 100mg	1		
deferasirox (generic of JADENU) TABS 90mg, 180mg, 360mg	1	NM PA	
deferasirox (generic of EXJADE) TBSO 125mg, 250mg, 500mg	1	NM PA	
kionex SUSP 15gm/60ml	1		
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	1		
penicillamine (generic of DEPEN TITRATABS) TABS 250mg	1	NM	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
sodium polystyrene sulfonate powder	1		
sps SUSP 15gm/60ml	1		
sps rectal SUSP 15gm/60ml	1		
trientine hcl (generic of SYPRINE) CAPS 250mg	1	NM PA	
<b>CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL</b>			
afirmelle	1		
altavera	1		
alyacen 1/35	1		
alyacen 7/7/7	1		
amethia	1		
amethyst	1		
apri	1		
aranelle	1		
ashlyna	1		
aubra eq	1		
aurovela 1/20	1		
aurovela 24 fe	1		
aurovela fe 1.5/30	1		
aurovela fe 1/20	1		
aviane	1		
ayuna	1		
azurette	1		
balziva	1		
blisovi 24 fe	1		
blisovi fe 1.5/30	1		
briellyn	1		
camila TABS .35mg	1		
camrese	1		
camrese lo	1		
chateal eq	1		
cryselle-28	1		
cyred eq	1		
dasetta 1/35	1		
dasetta 7/7/7	1		
daysee	1		
deblitane TABS .35mg	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   **V/I** - Vacunas / Insulinas

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

53

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1
SUSY 104mg/0.65ml	
desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)	1
dolishale	1
drospirenone-ethinyl estrad- levomefolate tab 3-0.02-0.451 mg (generic of BEYAZ)	1
drospirenone-ethinyl estrad- levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg (generic of SAFYRAL)	1
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg (generic of YAZ)	1
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg (generic of YASMIN 28)	1
elimest	1
eluryng (generic of NUVARING)	1
emzahh TABS .35mg	1
enilloring (generic of NUVARING)	1
enpresse-28	1
enskyce	1
errin TABS .35mg	1
estarrylla	1
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg	1
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg	1
etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr (generic of NUVARING)	1
falmina	1
finzala	1
hailey 1.5/30	1
hailey 24 fe	1
haloette (generic of NUVARING)	1
heather TABS .35mg	1
iclevia	1

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
incassia TABS .35mg	1
introvale	1
isibloom	1
jasmiel (generic of YAZ)	1
jolessa	1
juleber	1
junel 1.5/30	1
junel 1/20	1
junel fe 1.5/30	1
junel fe 1/20	1
junel fe 24	1
kaitlib fe	1
kariva	1
kelnor 1/35	1
kelnor 1/50	1
kurvelo	1
larin 1.5/30	1
larin 1/20	1
larin 24 fe	1
larin fe 1.5/30	1
larin fe 1/20	1
layolis fe	1
leena	1
lessina	1
levonest	1
levonor-eth est tab 0.15- 0.02/0.025/0.03 mg &eth est 0.01 mg	1
levonorg-eth est tab 0.1- 0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)	1
levonorg-eth est tab 0.15- 0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)	1
levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15- 0.03 mg	1
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg	1
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	1

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
**VII** - Vacunas / Insulinas

54

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125- 30mg-mcg	1
levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90- 20 mcg	1
levora 0.15/30-28	1
LILETTA IUD 20.1mcg/day	1 NM
loestrin 1.5/30-21	1
loestrin 1/20-21	1
loestrin fe 1.5/30	1
loestrin fe 1/20	1
loryna (generic of YAZ)	1
low-ogestrel	1
lutera	1
lyeq TABS .35mg	1
lyza TABS .35mg	1
marlissa	1
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) (generic of DEPO-PROVERA CONTRACEPTIV) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	1
mibelas 24 fe	1
microgestin 1.5/30	1
microgestin 1/20	1
microgestin fe 1.5/30	1
microgestin fe 1/20	1
mili	1
mono-linyah	1
necon 0.5/35-28	1
NEXPLANON IMPL 68mg	1 NM
nikki (generic of YAZ)	1
nora-be TABS .35mg	1
norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35- mcg/24hr	1
norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg- 35 mcg	1

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg- 25 mcg	1
norethindrone (contraceptive) TABS .35mg	1
norethindrone ac-ethinyl estradiol tab 1-20/1-30/1-35- mg-mcg	1
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg	1
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg	1
norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg	1
norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20- mcg (24)	1
norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg	1
norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg- mcg	1
norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg- mcg	1
norlyroc TABS .35mg	1
nortrel 0.5/35 (28)	1
nortrel 1/35 (21)	1
nortrel 1/35 (28)	1
nortrel 7/7/7	1
nylia 1/35	1
nylia 7/7/7	1
ocella (generic of YASMIN 28)	1
philith	1
pimtrea	1
portia-28	1
reclipsen	1
rivelsa	1
setlakin	1
sharobel TABS .35mg	1
simliya	1
simpesse	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    **VII** - Vacunas / Insulinas

55

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES	NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
sprintec 28	1	estradiol (generic of VIVELLE- 1 DOT) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	
sronyx	1	estradiol (generic of CLIMARA) PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	1
syeda (generic of YASMIN 28)	1	estradiol (generic of ESTRACE) TABS .5mg, 1mg, 2mg	1
tarina 24 fe	1	estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg	1
tarina fe 1/20 eq	1	estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg (generic of ACTIVELLA)	1
tilia fe	1	estradiol vaginal (generic of ESTRACE) CREA .1mg/gm	1
tri-estarrylla	1	estradiol vaginal (generic of VAGIFEM) TABS 10mcg	1
tri-legest fe	1	estradiol valerate (generic of DELESTROGEN) OIL 10mg/ml, 20mg/ml	1
tri-linyah	1	estradiol valerate OIL 40mg/ml	1
tri-lo-estarrylla	1	fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg	1
tri-lo-marzia	1	fyavolv tab 1mg-5mcg	1
tri-lo-mili	1	jinteli	1
tri-lo-sprintec	1	lyllana (generic of MINIVELLE) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1
tri-mili	1	mimvey (generic of ACTIVELLA)	1
tri-nymyo	1	norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg	1
tri-sprintec	1	norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg	1
tri-vylibra	1	yuvafem (generic of VAGIFEM) TABS 10mcg	1
tri-vylibra lo	1		
trivora-28	1		
turqoz	1		
tydemy (generic of SAFYRAL)	1		
velivet	1		
vestura (generic of YAZ)	1		
vienna	1		
viorele	1		
vyfemla	1		
vylibra	1		
wera	1		
wymzya fe	1		
xulane	1		
zafemy	1		
zovia 1/35	1		
zumandimine (generic of YASMIN 28)	1		
<b>ESTROGENS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES</b>			
dotti (generic of VIVELLE- DOT) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1		

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad    **ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D    **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	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<b>GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE</b>	
dexamethasone ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	1
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	1
dexamethasone sodium phosphate SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml	1
fludrocortisone acetate TABS .1mg	1
hydrocortisone (generic of CORTEF) TABS 5mg, 10mg, 20mg	1
hydrocortisone sod succinate (generic of SOLU-CORTEF) SOLR 100mg	1
methylprednisolone (generic of MEDROL) TABS 4mg, 8mg, 16mg	1 B/D
methylprednisolone TABS 32mg	1 B/D
methylprednisolone (generic of MEDROL DOSEPAK) TBPK 4mg	1
methylprednisolone acetate (generic of DEPO-MEDROL) SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	1 B/D
methylprednisolone sod succ SOLR 40mg, 125mg	1 B/D
methylprednisolone sod succ (generic of SOLU-MEDROL) SOLR 1000mg	1 B/D
prednisolone SOLN 15mg/5ml	1 B/D
prednisolone sodium phosphate (generic of PEDIAPRED) SOLN 5mg/5ml	1 B/D

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
prednisolone sodium phosphate SOLN 15mg/5ml, 25mg/5ml	1 B/D
prednisone SOLN 5mg/5ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	1 B/D
prednisone TBPK 5mg, 10mg	1
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	1 B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	1
<b>GLUCOSE ELEVATING AGENTS - DRUGS TO TREAT LOW BLOOD SUGAR</b>	
diazoxide (generic of PROGLYCEM) SUSP 50mg/ml	1
ZEGALOGUE SOAJ .6mg/0.6ml; SOSY .6mg/0.6ml	1
<b>MISCELLANEOUS</b>	
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	1 NM PA
betaine powder for oral solution (generic of CYSTADANE)	1 NM
cabergoline TABS .5mg	1
carglumic acid (generic of CARBAGLU) TBSO 200mg	1 NM PA
CERDELGA CAPS 84mg	1 NM PA
CEREZYME SOLR 400unit	1 NM PA
cinacalcet hcl (generic of SENSIPIAR) TABS 30mg, 60mg	1 B/D QL NM
QL (60 tabs / 30 days)	
cinacalcet hcl (generic of SENSIPIAR) TABS 90mg	1 B/D QL NM
QL (120 tabs / 30 days)	
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	1 NM PA
desmopressin acetate (generic of DDAVP) SOLN 4mcg/ml; TABS .1mg, .2mg	1
desmopressin acetate spray SOLN .01%	1

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad    **ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos    **VII** - Vacunas / Insulinas    **57**  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	1	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	1	NM PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	1	NM PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	1	NM PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml javygtor (generic of KUVAN) PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NM PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	1	NM PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> (generic of CARNITOR) SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	1	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	1	NM PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	1	NM PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	1	NM PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg	1	NM PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> (generic of KORLYM) TABS 300mg	1	NM PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml nitisinone (generic of ORFADIN) CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	NM PA
<i>octreotide acetate</i> (generic of SANDOSTATIN) SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 500mcg/ml	1	NM PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 200mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml, 500mcg/ml	1	NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>raloxifene hcl</i> (generic of EVISTA) TABS 60mg	1	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (generic of KUVAN) PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg .6mg/ml, .9mg/ml	1	NM PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	1	NM PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> (generic of BUPHENYL) POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	1	NM PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	1	NM PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	1	NM PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml VEOZAH TABS 45mg	1	PA
<b>PROGESTINS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES</b>		
<i>gallifrey</i> TABS 5mg	1	
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (generic of PROVERA) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	1	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	1	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	1	
<i>progesterone</i> (generic of PROMETRIUM) CAPS 100mg, 200mg	1	
<b>THYROID AGENTS - DRUGS TO REGULATE THYROID LEVELS</b>		
<i>euthyrox</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	

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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<i>levo-t</i> (generic of SYNTROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1
<i>levothyroxine sodium</i> (generic of SYNTROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1
<i>levoxyl</i> (generic of SYNTROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1
<i>liothyronine sodium</i> (generic of CYTOMEL) TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	1
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	1
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg SYNTROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1
<i>unithroid</i> (generic of SYNTROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1
<b>VITAMIN D ANALOGS</b>	
<i>calcitriol</i> (generic of ROCALTROL) CAPS .25mcg, .5mcg	1 B/D
<i>calcitriol (oral)</i> (generic of ROCALTROL) SOLN 1mcg/ml	1 B/D

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<i>paricalcitol</i> (generic of ZEMPLAR) CAPS 1mcg, 2mcg	1 B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 4mcg	1 B/D
<b>GASTROINTESTINAL - DRUGS TO TREAT STOMACH AND INTESTINAL DISORDERS</b>	
<b>ANTIEMETICS - DRUGS FOR NAUSEA AND VOMITING</b>	
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 125mg	1 B/D
<i>aprepitant</i> (generic of EMEND BIPACK) CAPS 80mg	1 B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &amp; 125 mg</i>	1 B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	1
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	1 B/D QL QL (60 caps / 30 days)
<i>gransetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	1
<i>gransetron hcl</i> TABS 1mg	1 B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	1
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml	1
<i>metoclopramide hcl</i> (generic of REGLAN) TABS 5mg, 10mg	1
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	1 B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	1
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	1 B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	1
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	1
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	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   **V/I** - Vacunas / Insulinas

59

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>promethazine hcl</i> SOLN 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	PA  PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>promethazine hcl</i> (generic of PHENERGAN) SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	1	PA  PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	1	QL PA  QL (10 patches / 30 days)
PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year		
<b>ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH SPASMS</b>		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg	1	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glycopyrrolate</i> TABS 2mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<b>H2-RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml; SUSR 40mg/5ml	1	
<i>famotidine</i> (generic of PEPCID) TABS 20mg, 40mg	1	
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 1 20 mg/50ml	1	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	1	
<b>INFLAMMATORY BOWEL DISEASE</b>		
<i>balsalazide disodium</i> (generic of COLAZAL) CAPS 750mg	1	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg QL (90 caps / 30 days)	1	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>budesonide</i> (generic of UCERIS) TB24 9mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> (generic of CORTENEMA) ENEM 100mg/60ml	1	
<i>mesalamine</i> (generic of APRISO) CP24 .375gm QL (120 caps / 30 days)	1	QL
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm QL (1680 mL / 28 days)	1	QL
<i>mesalamine</i> (generic of CANASA) SUPP 1000mg QL (30 suppositories / 30 days)	1	QL
<i>mesalamine</i> (generic of LIALDA) TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>mesalamine w/ cleanser</i> (generic of ROWASA) KIT 4gm	1	QL  QL (28 bottles / 28 days)
<i>sulfasalazine</i> (generic of AZULFIDINE) TABS 500mg	1	
<i>sulfasalazine</i> (generic of AZULFIDINE EN-TABS) TBEC 500mg	1	
<b>LAXATIVES</b>		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i> (generic of GOLYTELY)	1	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	1	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i> (generic of GOLYTELY)	1	

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos    **V/I** - Vacunas / Insulinas

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm	1		
PLENU SOL	1		
sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml (generic of SUPREP BOWEL PREP KIT)	1		
<b>MISCELLANEOUS</b>			
alosetron hcl (generic of LOTRONEX) TABS .5mg, 1mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA	
CREON CAP 3000UNIT	1		
CREON CAP 6000UNIT	1		
CREON CAP 12000UNT	1		
CREON CAP 24000UNT	1		
CREON CAP 36000UNT	1		
cromolyn sodium (mastocytosis) (generic of GASTROCROM) CONC 100mg/5ml	1		
diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml	1		
diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg (generic of LOMOTIL)	1		
GATTEX KIT 5mg	1	NM PA	
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg QL (30 caps / 30 days)	1	QL	
loperamide hcl CAPS 2mg	1		
misoprostol (generic of CYTOTEC) TABS 100mcg, 200mcg	1		
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 1 12mg/0.6ml QL (28 syringes / 28 days)	1	QL PA	
sucralfate (generic of CARAFATE) TABS 1gm	1		

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
ursodiol CAPS 300mg; TABS 250mg	1		
ursodiol (generic of URSO FORTE) TABS 500mg	1		
VOWST CAP QL (12 caps / 30 days)	1	QL NM PA	
XERMELO TABS 250mg QL (84 tabs / 28 days)	1	QL NM PA	
XIFAXAN TABS 550mg	1	PA	
ZENPEP CAP 3000UNIT	1		
ZENPEP CAP 5000UNIT	1		
ZENPEP CAP 10000UNT	1		
ZENPEP CAP 15000UNT	1		
ZENPEP CAP 20000UNT	1		
ZENPEP CAP 25000UNT	1		
ZENPEP CAP 40000UNT	1		
ZENPEP CAP 60000UNT	1		
<b>PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>			
esomeprazole magnesium (generic of NEXIUM) CPDR 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL ST	
lansoprazole CPDR 15mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL	
lansoprazole (generic of PREVACID) CPDR 30mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL	
omeprazole CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1		
pantoprazole sodium (generic of PROTONIX) SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	1		
rabeprazole sodium (generic of ACIPHEX) TBEC 20mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	

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

61

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L	LIMITES
<b>GENITOURINARY - DRUGS TO TREAT GENITAL AND URINARY TRACT CONDITIONS</b>		
<b>BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA - DRUGS TO TREAT ENLARGED PROSTATE</b>		
alfuzosin hcl (generic of UROXATRAL) TB24 10mg QL (30 tabs / 30 days)		
dutasteride (generic of AVODART) CAPS .5mg QL (30 caps / 30 days)		
dutasteride-tamsulosin hcl cap 1 0.5-0.4 mg QL (30 caps / 30 days)		
finasteride (generic of PROSCAR) TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)		
tadalafil (generic of CIALIS) TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)		
tamsulosin hcl CAPS .4mg QL (60 caps / 30 days)		
<b>MISCELLANEOUS</b>		
acetic acid SOLN .25%		
bethanechol chloride TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg		
potassium citrate (alkalinizer) (generic of UROCIT-K 15) TBCR 15meq		
potassium citrate (alkalinizer) TBCR 540mg		
potassium citrate (alkalinizer) (generic of UROCIT-K 10) TBCR 1080mg		
<b>URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS TO TREAT URINARY INCONTINENCE</b>		
fesoterodine fumarate (generic of TOVIAZ) TB24 4mg, 8mg QL (30 tabs / 30 days)		
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml QL (300 mL / 28 days)		

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L	LIMITES
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
oxybutynin chloride SOLN 5mg/5ml QL (600 mL / 30 days)	1	QL
oxybutynin chloride TABS 5mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
oxybutynin chloride TB24 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
solifenacin succinate (generic of VESICARE) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
tolterodine tartrate CP24 2mg, 4mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL ST
tolterodine tartrate TABS 1mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
tolterodine tartrate (generic of DETROL) TABS 2mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
trospium chloride TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<b>VAGINAL ANTI-INFECTIVES</b>		
clindamycin phosphate vaginal CREA 2%	1	
metronidazole vaginal GEL .75%	1	
terconazole vaginal CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	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    **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	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<b>HEMATOLOGIC - DRUGS TO TREAT BLOOD DISORDERS</b>	
<b>ANTICOAGULANTS - BLOOD THINNERS</b>	
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> 1 QL (generic of PRADAXA) CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 days)	
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> 1 QL (generic of PRADAXA) CAPS 110mg QL (120 caps / 30 days)	
<i>ELIQUIS</i> TABS 2.5mg 1 QL QL (60 tabs / 30 days)	
<i>ELIQUIS</i> TABS 5mg 1 QL QL (74 tabs / 30 days)	
<i>ELIQUIS</i> STARTER PACK 1 QL  TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 days)	
<i>enoxaparin sodium</i> (generic of 1 LOVENOX) SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	
<i>fondaparinux sodium</i> (generic 1 of ARIXTRA) SOLN 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	
HEP SOD/NACL INJ 1 25000UNT	
<i>heparin sodium (porcine)</i> 1 B/D SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1
XARELTO SUSR 1mg/ml 1 QL QL (620 mL / 30 days)	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<i>XARELTO</i> TABS 2.5mg 1 QL QL (60 tabs / 30 days)	
<i>XARELTO</i> TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	1 QL
<i>XARELTO</i> STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 days)	1 QL
<b>HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS</b>	
<i>FULPHILA</i> SOSY 6mg/0.6ml 1 QL NM PA QL (2 syringes / 28 days)	
<i>PROCRIT</i> SOLN 2000unit/ml, 1 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml, 40000unit/ml	NM PA
<i>ZARXIO</i> SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	1 NM PA
<b>MISCELLANEOUS</b>	
<i>ALVAIZ</i> TABS 9mg, 54mg QL (60 tabs / 30 days)	1 QL NM PA
<i>ALVAIZ</i> TABS 18mg, 36mg QL (90 tabs / 30 days)	1 QL NM PA
<i>anagrelide hcl</i> CAPS 1mg	1
<i>anagrelide hcl</i> (generic of AGRYLIN) CAPS .5mg	1
<i>BERINERT</i> KIT 500unit QL (24 boxes / 30 days)	1 QL NM PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	1
<i>DOPTELET</i> TABS 20mg	1 NM PA
<i>HAEGARDA</i> SOLR 2000unit QL (30 vials / 30 days)	1 QL NM PA
<i>HAEGARDA</i> SOLR 3000unit QL (20 vials / 30 days)	1 QL NM PA
<i>icatibant acetate</i> (generic of FIRAZYR) SOSY 30mg/3ml QL (9 syringes / 30 days)	1 QL NM PA
<i>I-glutamine (sickle cell)</i> 1 (generic of ENDARI) PACK 5gm	NM PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	1

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad    **ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos    **V/I** - Vacunas / Insulinas    **63**  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
sajazir (generic of FIRAZYR) SOSY 30mg/3ml QL (9 syringes / 30 days)	1	QL NM PA
SIKLOS TABS 100mg, 1000mg	1	
TAVNEOS CAPS 10mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM PA
tranexamic acid (generic of CYKLOKAPRON) SOLN 1000mg/10ml tranexamic acid TABS 650mg 1	1	
<b>PLATELET AGGREGATION INHIBITORS</b>		
aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg	1	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg 1		
clopidogrel bisulfate (generic of PLAVIX) TABS 75mg	1	
dipyridamole TABS 25mg, 50mg, 75mg PA applies if 70 years and older	1	PA
prasugrel hcl (generic of EFFIENT) TABS 5mg, 10mg	1	
<b>IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE SYSTEM</b>		
<b>AUTOIMMUNE AGENTS</b>		
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml QL (56 pens / 365 days)	1	QL NM PA
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING PSKT 40mg/0.8ml QL (56 syringes / 365 days)	1	QL NM PA
ADALIMUMAB-AACF STARTER P AJKT 40mg/0.8ml QL (2 packs / year)	1	QL NM PA
COSENTYX SOLN 125mg/5ml	1	NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
COSENTYX SOSY 75mg/0.5ml QL (16 syringes / 365 days)	1	QL NM PA
COSENTYX SOSY 150mg/ml 1 QL (32 syringes / 365 days)	1	QL NM PA
COSENTYX SENSOREADY PEN SOAJ 150mg/ml QL (32 pens / 365 days)	1	QL NM PA
COSENTYX UNOREADY SOAJ 300mg/2ml QL (16 pens / 365 days)	1	QL NM PA
DUPIXENT SOAJ 200mg/1.14ml, 300mg/2ml QL (4 pens / 28 days)	1	QL NM PA
DUPIXENT SOSY 200mg/1.14ml, 300mg/2ml QL (4 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml QL (16 vials / 28 days)	1	QL NM PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 cartridges / 28 days)	1	QL NM PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 pens / 28 days)	1	QL NM PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml QL (2 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml QL (4 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 syringes / 28 days)	1	QL NM PA

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad    **ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
**por correo**    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D    **V/I** - Vacunas / Insulinas    **64**

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
HUMIRA PEN AJKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 days)	1	QL NM PA
HUMIRA PEN AJKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 days)	1	QL NM PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV QL (3 pens / 28 days)	1	QL NM PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START AJKT 80mg/0.8ml QL (3 pens / 28 days)	1	QL NM PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S AJKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 days)	1	QL NM PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml QL (56 pens / 365 days)	1	QL NM PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml QL (56 syringes / 365 days)	1	QL NM PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml QL (2 packs / year)	1	QL NM PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml QL (2 packs / year)	1	QL NM PA
INFliximab SOLR 100mg	1	NM PA
REMICADE SOLR 100mg	1	NM PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	1	NM PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
RINVOQ TB24 45mg QL (168 tabs / year)	1	QL NM PA
RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml QL (360 mL / 30 days)	1	QL NM PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml QL (1 cartridge / 56 days)	1	QL NM PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	1	NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (6 syringes / 365 days)	1	QL NM PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (6 pens / 365 days)	1	QL NM PA
SOTYKTU TABS 6mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 28 days)	1	QL NM PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	1	NM PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	1	QL NM PA
TREMFYA SOAJ 100mg/ml, 200mg/2ml QL (1 pen / 28 days)	1	QL NM PA
TREMFYA SOLN 200mg/20ml	1	NM PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml, 200mg/2ml QL (1 syringe / 28 days)	1	QL NM PA
TYENNE SOAJ 162mg/0.9ml QL (4 pens / 28 days)	1	QL NM PA
TYENNE SOLN 80mg/4ml, 200mg/10ml, 400mg/20ml	1	NM PA
TYENNE SOSY 162mg/0.9ml QL (4 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
VELSIPITY TABS 2mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml QL (480 mL / 24 days)	1	QL NM PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA

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

65

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<b>DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS) - DRUGS TO TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS</b>	
hydroxychloroquine sulfate (generic of PLAQUENIL) TABS 200mg	1
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	1 B/D
leflunomide (generic of ARAVA) TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	1 QL
methotrexate sodium TABS 2.5mg	1
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	1 B/D
<b>IMMUNOGLOBULINS</b>	
ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	1 NM PA
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	1 NM PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	1 NM PA
GAMASTAN INJ	1 B/D NM
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1 NM PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	1 NM PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	1 NM PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	1 NM PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1 NM PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1 NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1 NM PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1 NM PA
<b>IMMUNOMODULATORS</b>	
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	1 NM PA
ARCALYST SOLR 220mg	1 NM PA
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS</b>	
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg, 5mg	1 B/D NM
azathioprine (generic of IMURAN) TABS 50mg	1 B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	1 QL NM PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	1 NM PA
cyclosporine (generic of SANDIMMUNE) CAPS 25mg, 100mg	1 B/D NM
cyclosporine modified (for microemulsion) (generic of NEORAL) CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1 B/D NM
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 50mg	1 B/D NM
everolimus (immunosuppressant) (generic of ZORTRESS) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	1 B/D NM
gengraf (generic of NEORAL) CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1 B/D NM
mycophenolate mofetil (generic of CELLCEPT) CAPS 250mg; SUSR 200mg/ml; TABS 500mg	1 B/D NM

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
**V/I** - Vacunas / Insulinas

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITE
<i>mycophenolate sodium</i> (generic of MYFORTIC) TBEC 180mg, 360mg	1	B/D NM
NULOJIX SOLR 250mg	1	B/D NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	1	B/D NM
REZUROCK TABS 200mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	B/D NM
<i>tacrolimus</i> (generic of PROGRAF) CAPS .5mg, 1mg, 5mg	1	B/D NM
<b>VACCINES</b>		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	1	V/I
ACTHIB INJ	1	V/I
ADACEL INJ	1	V/I
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	V/I
BCG VACCINE SOLR 50mg	1	V/I
BEXSERO INJ	1	V/I
BOOSTRIX INJ	1	V/I
DAPTACEL INJ	1	
DENGVAXIA SUS	1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	1	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	1	V/I B/D
GARDASIL 9 INJ	1	V/I
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	1	V/I
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	1	V/I B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	1	V/I
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	1	V/I B/D
INFANRIX INJ	1	
IPOP INJ INACTIVE	1	V/I
IXCHIQ INJ	1	V/I
IXIARO INJ	1	V/I
JYNNEOS SUSP .5ml	1	V/I B/D
KINRIX INJ	1	V/I
M-M-R II INJ	1	V/I

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITE
MENACTRA INJ	1	V/I
MENQUADFI INJ	1	V/I
MENVEO INJ	1	V/I
MENVEO SOL	1	V/I
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	1	
PEDIARIX INJ 0.5ML	1	V/I
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	1	V/I
PENBRAYA INJ	1	V/I
PENTACEL INJ	1	V/I
PRIORIX INJ	1	V/I
PROQUAD INJ	1	
QUADRACEL INJ 0.5ML	1	V/I
RABAVERT INJ	1	V/I B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	1	V/I B/D
ROTARIX SUS	1	
ROTATEQ SOL	1	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml QL (2 vials per lifetime)	1	V/I QL
TENIVAC INJ 5-2LF	1	V/I B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	1	V/I
TRUMENBA INJ	1	V/I
TWINRIX INJ	1	V/I
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	1	V/I
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	1	V/I
VARIVAX SUSR 1350pfu/0.5ml	1	V/I
VAXCHORA SUS	1	
YF-VAX INJ	1	V/I
<b>NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE</b>		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	1	

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
**V/I** - Vacunas / Insulinas

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
D10W/NACL INJ 0.2%	1
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45% (generic of DEXTROSE 2.5%/SODIUM CHLO)	1
dextrose 5% in lactated ringers	1
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	1
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3% (generic of DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORI)	1
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	1
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	1
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225% (generic of DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE)	1
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	1
ISOLYTE-P INJ /D5W	1
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	1
kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	1
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj	1
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	1
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	1
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)	1
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)	1
kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj	1

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	1
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj (generic of KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9%)	1
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	1
kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)	1
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9% lactated ringer's solution	1
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	1
magnesium sulfate (generic of MAGNESIUM SULFATE) SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	1
magnesium sulfate SOLN 50%	1
magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml (generic of MAGNESIUM SULFATE IN D5W)	1
multiple electrolytes ph 5.5	1
multiple electrolytes ph 7.4 (generic of PLASMA-LYTE A)	1
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	1
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1
potassium chloride SOLN 2meq/ml	1

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad    **ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D    **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	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
potassium chloride (generic of 1 POTASSIUM CHLORIDE) SOLN 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml			
potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj	1		
sodium chloride SOLN .45%, 1 .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%			
TPN ELECTROL INJ	1	B/D	
<b>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</b>			
klor-con PACK 20meq	1		
klor-con 8 TBCR 8meq	1		
klor-con 10 TBCR 10meq	1		
klor-con m10 TBCR 10meq	1		
klor-con m15 TBCR 15meq	1		
klor-con m20 TBCR 20meq	1		
M-NATAL PLUS TAB	1		
potassium chloride CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq, 20meq	1		
potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 10meq, 15meq, 20meq	1		
PRENATAL TAB 27-1MG	1		
PRENATAL TAB PLUS	1		
sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln	1		
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	1		
<b>IV NUTRITION</b>			
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	1	B/D	
CLINIMIX INJ 4.25/D10	1	B/D	
CLINIMIX INJ 5%/D15W	1	B/D	
CLINIMIX INJ 5%/D20W	1	B/D	
CLINIMIX INJ 6/5	1	B/D	
CLINIMIX INJ 8/10	1	B/D	
CLINIMIX INJ 8/14	1	B/D	
clenisol sf 15%	1	B/D	
CLINOLIPID EMU 20%	1	B/D	
dextrose SOLN 5%, 10%	1		

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
dextrose SOLN 50%, 70%	1	B/D	
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	1	B/D	
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	1	B/D	
plenamine	1	B/D	
PREMASOL SOL 10%	1	B/D	
PROSOL INJ 20%	1	B/D	
TRAVASOL INJ 10%	1	B/D	
TROPHAMINE INJ 10%	1	B/D	
<b>OPHTHALMIC - DRUGS TO TREAT EYE CONDITIONS</b>			
<b>ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS TO TREAT INFECTIONS AND INFLAMMATION</b>			
bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%	1		
neo-polycin hc ophth oint 1%	1		
neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1% (generic of MAXITROL)	1		
neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1% (generic of MAXITROL)	1		
neomycin-polymyxin-hc ophth susp	1		
sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%	1		
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	1		
tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%	1		
ZYLET SUS 0.5-0.3%	1		
<b>ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>			
bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm	1		
bacitracin-polymyxin b ophth oint	1		
BESIVANCE SUSP .6%	1		
CILOXAN OINT .3%	1		
ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%	1		

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos    **VII** - Vacunas / Insulinas

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	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm	1		
gatifloxacin (ophth) SOLN .5%	1		
gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%	1		
moxifloxacin hcl (ophth) (generic of VIGAMOX) SOLN .5%	1	QL	
		QL (12 mL / 30 days)	
neo-polycin 5(3.5)mg-400unt- 10000unt op oin	1		
neomycin-bacitrac zn-polymyx 1 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin	1		
neomycin-polomy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt- mg/ml	1		
ofloxacin (ophth) (generic of OCUFLOX) SOLN .3%	1		
polycin ophth oint	1		
polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%	1		
sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%	1		
tobramycin (ophth) SOLN .3%	1		
trifluridine SOLN 1%	1		
XDEMVY SOLN .25%	1	NM PA	
ZIRGAN GEL .15%	1		
<b>ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION</b>			
bromfenac sodium (ophth) (generic of PROLENSA) SOLN .07%	1		
bromfenac sodium (ophth) (generic of BROMSITE) SOLN .075%	1		
dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%	1		
diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%	1		
dilfuprednate (generic of DUREZOL) EMUL .05%	1		

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
FLAREX SUSP .1%	1		
fluorometholone (ophth) (generic of FML LIQUIFILM) SUSP .1%	1		
flurbiprofen sodium SOLN .03%	1		
ketorolac tromethamine (ophth) (generic of ACULAR LS) SOLN .4%	1		
ketorolac tromethamine (ophth) (generic of ACULAR) SOLN .5%	1		
LOTEMAX OINT .5%	1		
loteprednol etabonate (generic of ALREX) SUSP .2%	1		
prednisolone acetate (ophth) (generic of PRED FORTE) SUSP 1%	1		
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	1		
<b>ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES</b>			
azelastine hcl (ophth) SOLN .05%	1		
cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%	1		
<b>ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA</b>			
betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%	1		
BETOPTIC-S SUSP .25%	1		
brimonidine tartrate SOLN .2%	1		
brimonidine tartrate (generic of ALPHAGAN P) SOLN .15%	1		
brinzolamide (generic of AZOPT) SUSP 1%	1		
carteolol hcl (ophth) SOLN 1%	1		
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	1		
dorzolamide hcl SOLN 2%	1		

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
**VII** - Vacunas / Insulinas

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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L REQUISITOS / LIMITES
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	1
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	1
<i>ofloxacin (otic) SOLN .3%</i>	1
<b>RESPIRATORY - DRUGS TO TREAT BREATHING DISORDERS</b>	
<b>ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT COPD</b>	
ANORO ELLIPT AER 62.5-25 QL (60 blisters / 30 days)	1 QL
BEVESPI AER 9-4.8MCG QL (1 inhaler / 30 days)	1 QL
BREZTRI AERO AER SPHERE QL (1 inhaler / 30 days)	1 QL
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) QL (4 inhalers / 28 days)	1 QL
COMBIVENT AER 20-100 QL (2 inhalers / 30 days)	1 QL
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	1 B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 days)	1 QL
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 days)	1 QL
<b>ANTICHOLINERGICS - DRUGS TO TREAT COPD</b>	
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	1 QL
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh QL (30 blisters / 30 days)	1 QL

**PA** - Previa autorización   **QL** - Límites de cantidad   **ST** - Terapia escalonada   **NM** - Sin encargos  
 por correo   **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D   **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	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%	1	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	1	
<b>ANTIHISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES</b>		
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%	1	
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 5mg/5ml QL (300 mL / 30 days)	1	QL
<i>cyproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	1	PA
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	1	
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml PA applies if 70 years and older	1	PA
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	1	PA
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	1	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml QL (300 mL / 30 days)	1	QL
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<b>BETA AGONISTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD</b>		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Proair HFA)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Proventil HFA)	1	QL
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Ventolin HFA)	1	QL
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	1	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	1	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	1	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	1	QL ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose QL (60 inhalations / 30 days)	1	QL
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	1	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	1	QL
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act QL (6 inhalers / 30 days)	1	QL
<b>LEUKOTRIENE MODULATORS</b>		
<i>montelukast sodium</i> (generic of SINGULAIR) CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	1	
<i>zafirlukast</i> (generic of ACCOLATE) TABS 10mg, 20mg	1	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	1	B/D
ALYFTREK TAB 4-20-50 QL (84 tabs / 28 days)	1	QL NM PA

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos    **VII** - Vacunas / Insulinas

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
ALYFTREK TAB 10-50-125 QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	1	NM PA
BRONCHITOL CAPS 40mg QL (560 caps / 28 days)	1	QL NM PA
cromolyn sodium NEBU 20mg/2ml	1	B/D
epinephrine (anaphylaxis) (generic of EPIPEN 2-PAK)	1	
SOAJ .3mg/0.3ml (generic of EpiPen)		
epinephrine (anaphylaxis) (generic of EPIPEN-JR 2-PAK) SOAJ .15mg/0.3ml (generic of EpiPen)	1	
epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (generic of Adrenaclick)	1	
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	1	QL NM PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml QL (1 pen / 28 days)	1	QL NM PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packets / 28 days)	1	QL NM PA
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM PA
ORKAMBI GRA 75-94MG QL (56 packets / 28 days)	1	QL NM PA
ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packets / 28 days)	1	QL NM PA
ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packets / 28 days)	1	QL NM PA

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

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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG 1 & 150MG QL (84 tabs / 28 days)	QL NM PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 300mg/2ml QL (4 pens / 28 days)	1 QL NM PA
XOLAIR SOAJ 150mg/ml QL (8 pens / 28 days)	1 QL NM PA
XOLAIR SOLR 150mg QL (8 vials / 28 days)	1 QL NM PA
XOLAIR SOSY 75mg/0.5ml, 300mg/2ml QL (4 syringes / 28 days)	1 QL NM PA
XOLAIR SOSY 150mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	1 QL NM PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	1 NM PA
<b>NASAL STEROIDS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES</b>	
flunisolide (nasal) SOLN .025% QL (3 bottles / 30 days)	1 QL
fluticasone propionate (nasal) SUSP 50mcg/act QL (1 bottle / 30 days)	1 QL
XHANCE EXHU 93mcg/act QL (32 mL / 30 days)	1 QL PA
<b>STEROID INHALANTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA</b>	
ALVESCO AERS 80mcg/act QL (3 inhalers / 30 days)	1 QL
ALVESCO AERS 160mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	1 QL
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalations / 30 days)	1 QL
budesonide (inhalation) (generic of PULMICORT) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	1 B/D

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<b>STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD</b>	
ADVAIR HFA AER 45/21 QL (1 inhaler / 30 days)	1 QL
ADVAIR HFA AER 115/21 QL (1 inhaler / 30 days)	1 QL
ADVAIR HFA AER 230/21 QL (1 inhaler / 30 days)	1 QL
AIRSUPRA AER 90-80MCG QL (3 inhalers / 30 days)	1 QL
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG QL (60 blisters / 30 days)	1 QL
BREO ELLIPTA INH 100-25 QL (60 blisters / 30 days)	1 QL
BREO ELLIPTA INH 200-25 QL (60 blisters / 30 days)	1 QL
breyna (generic of SYMBICORT) QL (3 inhalers / 30 days)	1 QL
budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act (generic of SYMBICORT) QL (3 inhalers / 30 days)	1 QL
budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act (generic of SYMBICORT) QL (3 inhalers / 30 days)	1 QL
DULERA AER 50-5MCG QL (3 inhalers / 30 days)	1 QL
DULERA AER 100-5MCG QL (3 inhalers / 30 days)	1 QL
DULERA AER 200-5MCG QL (3 inhalers / 30 days)	1 QL

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

74

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act (generic of ADVAIR DISKUS)</i> QL (60 inhalations / 30 days) (generic PRASCO not covered)	1	QL
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act (generic of ADVAIR DISKUS)</i> QL (60 inhalations / 30 days) (generic PRASCO not covered)	1	QL
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act (generic of ADVAIR DISKUS)</i> QL (60 inhalations / 30 days) (generic PRASCO not covered)	1	QL
<i>wixela inhba (generic of ADVAIR DISKUS)</i> QL (60 inhalations / 30 days)	1	QL
<b>TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS</b>		
<b>DERMATOLOGY, ACNE</b>		
<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<i>amnesteem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	1	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3% (generic of BENZAMYCIN)</i> QL (46.6 gm / 30 days)	1	QL
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<i>clindamycin phosphate (topical) (generic of CLINDAGEL)</i> GEL 1% QL (75 mL / 30 days)	1	QL

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

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

75

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
SULFAMYLYON CREA 85mg/gm QL (453.6 gm / 30 days)	1	QL
<b>DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS</b>		
ciclopirox SHAM 1% QL (120 mL / 30 days)	1	QL
ciclopirox olamine CREA .77% QL (90 gm / 30 days)	1	QL
ciclopirox olamine SUSP .77% QL (60 mL / 30 days)	1	QL
clotrimazole (topical) CREA 1% QL (45 gm / 30 days)	1	QL
clotrimazole (topical) SOLN 1% QL (60 mL / 30 days)	1	QL
clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05% QL (45 gm / 30 days)	1	QL
econazole nitrate CREA 1% QL (85 gm / 30 days)	1	QL
ketoconazole (topical) CREA 2% QL (60 gm / 30 days)	1	QL
ketoconazole (topical) SHAM 2% QL (120 mL / 30 days)	1	QL
klayesta POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	1	QL
nyamyc POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	1	QL
nystatin (topical) CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm QL (30 gm / 30 days)	1	QL
nystatin (topical) POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
nystop POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	1	QL
selenium sulfide LOTN 2.5% 1		
<b>DERMATOLOGY, ANTI-PSORIATICS</b>		
acitretin CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg 1	PA	
calcipotriene CREA .005%; OINT .005% QL (120 gm / 30 days)	1	QL PA
calcipotriene SOLN .005% QL (120 mL / 30 days)	1	QL PA
calcitrene OINT .005% QL (120 gm / 30 days)	1	QL PA
ENSTILAR AER QL (120 gm / 30 days)	1	QL PA
tazarotene (generic of TAZORAC) CREA .05%, .1% QL (60 gm / 30 days)	1	QL PA
TAZORAC CREA .05% QL (60 gm / 30 days)	1	QL PA
<b>DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS</b>		
ala-cort CREA 1% 1		
alclometasone dipropionate CREA .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 days)	1	QL
betamethasone dipropionate (topical) CREA .05%; OINT .05% QL (120 gm / 30 days)	1	QL
betamethasone dipropionate (topical) LOTN .05% QL (120 mL / 30 days)	1	QL
betamethasone dipropionate augmented CREA .05%; GEL .05% QL (120 gm / 30 days)	1	QL
betamethasone dipropionate augmented LOTN .05% QL (120 mL / 30 days)	1	QL
betamethasone dipropionate augmented (generic of DIPROLENE) OINT .05% QL (120 gm / 30 days)	1	QL

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

76

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

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

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

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
**V/I** - Vacunas / Insulinas

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>tridacaine ii</i> (generic of LIDODERM) PTCH 5% QL (3 patches / 1 day)	1	QL PA
<b>DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE</b>		
<i>bexarotene (topical)</i> (generic of TARGRETIN) GEL 1% QL (60 gm / 30 days)	1	QL NM PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5% QL (300 mL / 28 days)	1	QL
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5% QL (40 gm / 30 days)	1	QL
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5% QL (10 mL / 30 days)	1	QL NM PA
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1% QL	1	QL
<i>hydrocortisone (rectal)</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5% QL	1	QL
<i>imiquimod</i> CREA 5% QL (24 packets / 30 days)	1	QL
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> 1 CREA 12%; LOTN 12% QL	1	QL
<i>metronidazole (topical)</i> (generic of METROCREAM) CREA .75% QL (45 gm / 30 days)	1	QL
<i>metronidazole (topical)</i> GEL .75% QL (45 gm / 30 days)	1	QL
<i>metronidazole (topical)</i> (generic of METROLOTION) LOTN .75% QL (59 mL / 30 days)	1	QL
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> (generic of RECTIV) OINT .4% QL (30 gm / 30 days)	1	QL
PANRETIN GEL .1% QL (60 gm / 30 days)	1	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>pimecrolimus</i> (generic of ELIDEL) CREA 1% QL (100 gm / 30 days)	1	QL PA
<b>DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES</b>		
<i>podofilox</i> SOLN .5% QL (7 mL / 28 days)	1	QL
<i>procto-med hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5% QL	1	QL
<i>proctocort</i> CREA 1% QL	1	QL
<i>proctosol hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5% QL	1	QL
<i>protozone-hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5% QL	1	QL
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1% QL (100 gm / 30 days)	1	QL PA
VALCHLOR GEL .016% QL (60 gm / 30 days)	1	QL NM PA
<b>DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS</b>		
<i>malathion</i> LOTN .5% QL (59 mL / 30 days)	1	QL
<i>permethrin</i> (generic of ELIMITE) CREA 5% QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<b>MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS</b>		
<i>REGRANEX</i> GEL .01% QL (30 gm / 30 days)	1	QL PA
SANTYL OINT 250unit/gm QL (180 gm / 30 days)	1	QL
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9% QL	1	QL
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i> QL	1	QL
<b>V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.</b>		

**PA** - Previa autorización    **QL** - Límites de cantidad  
por correo    **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D

**ST** - Terapia escalonada    **NM** - Sin encargos  
**V/I** - Vacunas / Insulinas

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

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

79

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

# Index

- A**
- abacavir sulfate ..... 13  
abacavir sulfate-lamivudine  
tab 600-300 mg ..... 14  
ABELCET ..... 13  
ABILIFY  
see aripiprazole ..... 38  
ABILIFY ASIMTUFII ..... 38  
ABILIFY MAINTENA ..... 38  
abiraterone acetate ..... 19  
ABRAXANE  
see paclitaxel inj 100mg  
..... 20  
ABRYSVO ..... 67  
acamprosate calcium ..... 48  
acarbose ..... 49  
ACCOLATE  
see zafirlukast ..... 72  
ACCUPRIL  
see quinapril hcl ..... 27  
accutane ..... 75  
acebutolol hcl ..... 32  
acetaminophen w/ codeine  
soln 120-12 mg/5ml ..... 10  
acetaminophen w/ codeine  
tab 300-15 mg ..... 10  
acetaminophen w/ codeine  
tab 300-30 mg ..... 10  
acetaminophen w/ codeine  
tab 300-60 mg ..... 10  
acetazolamide ..... 33  
acetic acid ..... 62  
acetic acid (otic) ..... 71  
acetylcysteine ..... 72  
ACIPHEX  
see rabeprazole sodium  
..... 61  
acitretin ..... 76  
ACTHIB INJ ..... 67  
ACTIMMUNE ..... 66  
ACTIVELLA  
see estradiol &  
norethindrone acetate  
tab 1-0.5 mg ..... 56  
see mimvey ..... 56  
ACTONEL
- see risedronate sodium  
..... 53  
ACTOPLUS MET  
see pioglitazone hcl-  
metformin hcl tab 15-  
850 mg ..... 50  
ACTOS  
see pioglitazone hcl ..... 50  
ACULAR  
see ketorolac  
tromethamine (ophth)  
..... 70  
ACULAR LS  
see ketorolac  
tromethamine (ophth)  
..... 70  
acyclovir ..... 15  
acyclovir sodium ..... 15  
ADACEL INJ ..... 67  
ADALIMUMAB-AACF (2  
PEN) ..... 64  
ADALIMUMAB-AACF (2  
SYRING) ..... 64  
ADALIMUMAB-AACF  
STARTER P ..... 64  
ADCIRCA  
see alyq ..... 34  
see tadalafil (pulmonary  
hypertension) ..... 34  
ADDERALL  
see amphetamine-  
dextroamphetamine  
tab 10 mg ..... 44  
see amphetamine-  
dextroamphetamine  
tab 12.5 mg ..... 45  
see amphetamine-  
dextroamphetamine  
tab 15 mg ..... 45  
see amphetamine-  
dextroamphetamine  
tab 20 mg ..... 45  
see amphetamine-  
dextroamphetamine  
tab 30 mg ..... 45  
see amphetamine-  
dextroamphetamine  
tab 5 mg ..... 44  
see amphetamine-  
dextroamphetamine  
tab 7.5 mg ..... 44  
ADDERALL XR  
see amphetamine-  
dextroamphetamine  
cap er 24hr 10 mg ..... 44  
see amphetamine-  
dextroamphetamine  
cap er 24hr 15 mg ..... 44  
see amphetamine-  
dextroamphetamine  
cap er 24hr 20 mg ..... 44  
see amphetamine-  
dextroamphetamine  
cap er 24hr 25 mg ..... 44  
see amphetamine-  
dextroamphetamine  
cap er 24hr 30 mg ..... 44  
see amphetamine-  
dextroamphetamine  
cap er 24hr 5 mg ..... 44  
adefovir dipivoxil ..... 15  
ADMELOG ..... 51  
ADMELOG SOLOSTAR. 51  
ADVAIR DISKUS  
see fluticasone-  
salmeterol aer powder  
ba 100-50 mcg/act .. 75  
see fluticasone-  
salmeterol aer powder  
ba 250-50 mcg/act .. 75  
see fluticasone-  
salmeterol aer powder  
ba 500-50 mcg/act .. 75  
see wixela inhub ..... 75  
ADVAIR HFA AER 115/21  
..... 74  
ADVAIR HFA AER 230/21  
..... 74  
ADVAIR HFA AER 45/21 74  
AFINITOR  
see everolimus ..... 22  
see torpenz ..... 25

AFINITOR DISPERZ	ALYFTREK TAB 10-50-125	<i>amlodipine besylate-</i>
see everolimus.....22	.....73	<i>olmesartan medoxomil</i>
afirmelle.....53	ALYFTREK TAB 4-20-5072	tab 5-40 mg .....28
AGRYLIN	ALYGLO .....	<i>amlodipine besylate-</i>
see anagrelide hcl .....63	alyq.....34	<i>valsartan tab 10-160 mg</i>
AIMOVIG.....46	amantadine hcl .....	.....28
AIRSUPRA AER 90-	AMBIEN	<i>amlodipine besylate-</i>
80MCG .....	see zolpidem tartrate ..46	<i>valsartan tab 10-320 mg</i>
AKEEGA TAB 100/500 ...19	AMBISOME	.....28
AKEEGA TAB 50/500MG	see amphotericin b	<i>amlodipine besylate-</i>
.....19	liposome .....	<i>valsartan tab 5-160 mg</i> 28
ala-cort.....76	ambrisentan .....	<i>amlodipine besylate-</i>
albendazole .....	amethia.....53	<i>valsartan tab 5-320 mg</i> 28
albuterol sulfate .....	amethyst.....53	AMLODIPINE/OLMESART
ALCAINE	amikacin sulfate .....	MED
see proparacaine hcl...71	amiloride &	see <i>amlodipine besylate-</i>
alclometasone dipropionate	hydrochlorothiazide tab	<i>olmesartan medoxomil</i>
.....76	5-50 mg .....	tab 10-20 mg .....28
ALCOHOL SWABS: BD-	amiloride hcl.....33	see <i>amlodipine besylate-</i>
EMBECTA/MHC/RUGBY	amiodarone hcl .....	<i>olmesartan medoxomil</i>
.....51	amitriptyline hcl .....	tab 10-40 mg .....28
ALDACTONE	amlodipine besylate.....32	see <i>amlodipine besylate-</i>
see spironolactone .....	amlodipine besylate-	<i>olmesartan medoxomil</i>
ALDURAZYME .....	benazepril hcl cap 10-20	tab 5-20 mg .....
ALECENSA.....21	mg .....	28
alendronate sodium.....53	amiodarone hcl .....	see <i>amlodipine besylate-</i>
alfuzosin hcl .....	amitriptyline hcl .....	<i>olmesartan medoxomil</i>
ALIMTA	amlodipine besylate.....32	tab 5-40 mg .....28
see pemetrexed	amlodipine besylate-	amnesteem .....
disodium .....	benazepril hcl cap 10-40	75
aliskiren fumarate .....	mg .....	amoxapine.....35
allopurinol.....9	amiodarone hcl .....	amoxicillin.....17
alosetron hcl .....	amitriptyline hcl .....	AMOXICILLIN
ALPHAGAN P	amlodipine besylate.....32	see <i>amoxicillin</i> .....17
see brimonidine tartrate	amlodipine besylate-	amoxicillin & k clavulanate
.....70	benazepril hcl cap 2.5-10	chew tab 400-57 mg ...17
alprazolam .....	mg .....	amoxicillin & k clavulanate
ALREX	amiodarone hcl .....	for susp 200-28.5 mg/5ml
see loteprednol	amitriptyline hcl .....	.....17
etabonate .....	amlodipine besylate.....32	amoxicillin & k clavulanate
ALTACE	amlodipine besylate-	for susp 250-62.5 mg/5ml
see ramipril.....27	benazepril hcl cap 5-20	.....17
altavera .....	mg .....	amoxicillin & k clavulanate
ALUNBRIG.....21	amiodarone hcl .....	for susp 400-57 mg/5ml
ALUNBRIG PAK.....21	amitriptyline hcl .....	.....17
ALVAIZ.....63	amlodipine besylate.....32	amoxicillin & k clavulanate
ALVESCO.....74	amlodipine besylate-	for susp 600-42.9 mg/5ml
alyacen 1/35 .....	olmesartan medoxomil	.....17
alyacen 7/7/7 .....	tab 10-40 mg .....	amoxicillin & k clavulanate
53	28	tab 250-125 mg.....17

<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>		
tab 500-125 mg.....	17	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>		
tab 875-125 mg.....	17	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>		
tab er 12hr 1000-62.5 mg		
.....	17	
<i>amphetamine-</i>		
<i>dextroamphetamine cap</i>		
<i>er 24hr 10 mg.....</i>	44	
<i>amphetamine-</i>		
<i>dextroamphetamine cap</i>		
<i>er 24hr 15 mg.....</i>	44	
<i>amphetamine-</i>		
<i>dextroamphetamine cap</i>		
<i>er 24hr 20 mg.....</i>	44	
<i>amphetamine-</i>		
<i>dextroamphetamine cap</i>		
<i>er 24hr 25 mg.....</i>	44	
<i>amphetamine-</i>		
<i>dextroamphetamine cap</i>		
<i>er 24hr 30 mg.....</i>	44	
<i>amphetamine-</i>		
<i>dextroamphetamine cap</i>		
<i>er 24hr 5 mg.....</i>	44	
<i>amphetamine-</i>		
<i>dextroamphetamine tab</i>		
<i>10 mg.....</i>	44	
<i>amphetamine-</i>		
<i>dextroamphetamine tab</i>		
<i>12.5 mg .....</i>	45	
<i>amphetamine-</i>		
<i>dextroamphetamine tab</i>		
<i>15 mg.....</i>	45	
<i>amphetamine-</i>		
<i>dextroamphetamine tab</i>		
<i>20 mg.....</i>	45	
<i>amphetamine-</i>		
<i>dextroamphetamine tab</i>		
<i>30 mg.....</i>	45	
<i>amphetamine-</i>		
<i>dextroamphetamine tab 5</i>		
<i>mg.....</i>	44	
<i>amphetamine-</i>		
<i>dextroamphetamine tab</i>		
<i>7.5 mg.....</i>	44	
<i>amphotericin b .....</i>	13	
<i>amphotericin b liposome.</i>	13	
<i>ampicillin .....</i>	18	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>		
<i>sodium for inj 1.5 (1-0.5)</i>		
<i>gm.....</i>	18	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>		
<i>sodium for inj 3 (2-1) gm</i>		
.....	18	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>		
<i>sodium for iv soln 1.5 (1-</i>		
<i>0.5) gm .....</i>	18	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>		
<i>sodium for iv soln 15 (10-</i>		
<i>5) gm.....</i>	18	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>		
<i>sodium for iv soln 3 (2-1)</i>		
<i>gm.....</i>	18	
<i>ampicillin sodium .....</i>	18	
<i>AMPYRA</i>		
<i>see dalfampridine.....</i>	47	
<i>ANAFRANIL</i>		
<i>see clomipramine hcl..</i>	36	
<i>anagrelide hcl.....</i>	63	
<i>ANAPROX DS</i>		
<i>see naproxen sodium ...</i>	9	
<i>anastrozole.....</i>	19	
<i>ANCOBON</i>		
<i>see flucytosine .....</i>	13	
<i>ANDROGEL PUMP</i>		
<i>see testosterone pump49</i>		
<i>ANORO ELLIPT AER 62.5-</i>		
<i>25 .....</i>	71	
<i>ANUSOL-HC</i>		
<i>see hydrocortisone</i>		
<i>(rectal).....</i>	78	
<i>see procto-med hc .....</i>	78	
<i>see proctosol hc.....</i>	78	
<i>see proctozone-hc .....</i>	78	
<i>aprepitant .....</i>	59	
<i>aprepitant capsule therapy</i>		
<i>pack 80 &amp; 125 mg .....</i>	59	
<i>apri.....</i>	53	
<i>APRISO</i>		
<i>see mesalamine.....</i>	60	
<i>APTIOM.....</i>	40	
<i>APTIVUS.....</i>	14	
<i>ARALAST NP.....</i>	73	
<i>aranelle.....</i>	53	
<i>ARAVA</i>		
<i>see leflunomide.....</i>	66	
<i>ARCALYST .....</i>	66	
<i>AREXVY .....</i>	67	
<i>ARICEPT</i>		
<i>see donepezil</i>		
<i>hydrochloride .....</i>	35	
<i>ARIKAYCE .....</i>	11	
<i>ARIMIDEX</i>		
<i>see anastrozole.....</i>	19	
<i>aripiprazole.....</i>	38	
<i>ARISTADA .....</i>	38	
<i>ARISTADA INITIO .....</i>	38	
<i>ARIXTRA</i>		
<i>see fondaparinux sodium</i>		
.....	63	
<i>armodafinil.....</i>	48	
<i>ARNUITY ELLIPTA.....</i>	74	
<i>AROMASIN</i>		
<i>see exemestane.....</i>	19	
<i>asenapine maleate .....</i>	38	
<i>ashlyna .....</i>	53	
<i>aspirin-dipyridamole cap er</i>		
<i>12hr 25-200 mg.....</i>	64	
<i>ASTAGRAF XL .....</i>	66	
<i>ATACAND</i>		
<i>see candesartan cilexetil</i>		
.....	30	
<i>ATACAND HCT</i>		
<i>see candesartan cilexetil-</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
<i>16-12.5 mg.....</i>	28	
<i>see candesartan cilexetil-</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
<i>32-12.5 mg.....</i>	28	
<i>see candesartan cilexetil-</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
<i>32-25 mg.....</i>	28	
<i>atazanavir sulfate.....</i>	14	
<i>ATELVIA</i>		
<i>see risedronate sodium</i>		
.....	53	
<i>atenolol .....</i>	32	
<i>atenolol &amp; chlorthalidone</i>		
<i>tab 100-25 mg .....</i>	31	
<i>atenolol &amp; chlorthalidone</i>		
<i>tab 50-25 mg .....</i>	31	
<i>ATIVAN</i>		
<i>see lorazepam.....</i>	34, 35	
<i>atomoxetine hcl.....</i>	45	
<i>atorvastatin calcium .....</i>	30	
<i>atovaquone .....</i>	11	

atovaquone-proguanil hcl	see <i>rasagiline mesylate</i>	27
tab 250-100 mg.....13	.....37	
atovaquone-proguanil hcl	<i>azithromycin</i> .....17	BENDAMUSTINE
tab 62.5-25 mg.....13		HYDROCHLORID.....18
ATROPINE SULFATE.....71	AZOPT	BENDEKA.....18
atropine sulfate	see <i>brinzolamide</i> .....70	BENICAR
(ophthalmic).....71	<i>aztreonam</i> .....11	see <i>olmesartan</i>
ATROVENT HFA.....71	AZULFIDINE	<i>medoxomil</i> .....30
aubra eq.....53	see <i>sulfasalazine</i> .....60	BENICAR HCT
AUGMENTIN	AZULFIDINE EN-TABS	see <i>olmesartan</i>
see <i>amoxicillin &amp; k</i>	see <i>sulfasalazine</i> .....60	<i>medoxomil-</i>
clavulanate tab 500-	<i>azurette</i> .....53	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
125 mg.....17	B	20-12.5 mg.....29
AUGMENTIN ES-600	<i>bacitracin (ophthalmic)</i> ...69	see <i>olmesartan</i>
see <i>amoxicillin &amp; k</i>	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	<i>medoxomil-</i>
clavulanate for susp	ophth oint.....69	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
600-42.9 mg/5ml.....17	<i>bacitracin-polymyxin-</i>	40-12.5 mg.....29
AUGTYRO .....21	neomycin-hc ophth oint	see <i>olmesartan</i>
aurovela 1/20.....53	1%.....69	<i>medoxomil-</i>
aurovela 24 fe.....53	<i>baclofen</i> .....48	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
aurovela fe 1.5/30.....53	BACTRIM	40-25 mg.....29
aurovela fe 1/20.....53	see <i>sulfamethoxazole-</i>	BENLYSTA .....66
AUSTEDO.....47	trimethoprim tab 400-	BENZAMYCIN
AUSTEDO XR .....47	80 mg.....12	see <i>benzoyl peroxide-</i>
AUSTEDO XR TAB TITR	BACTRIM DS	<i>erythromycin gel 5-3%</i>
KIT .....47	see <i>sulfamethoxazole-</i>	.....75
AUVELITY TAB 45-105MG	trimethoprim tab 800-	benzoyl peroxide-
.....35	160 mg.....12	<i>erythromycin gel 5-3%</i> 75
AVALIDE	BAFIERTAM .....47	<i>benztropine mesylate</i> ....37
see <i>irbesartan-</i>	<i>balsalazide disodium</i> .....60	BERINERT .....63
hydrochlorothiazide tab	BALVERSA.....21	BESIVANCE.....69
150-12.5 mg .....28	<i>balziva</i> .....53	BESREMI .....20
see <i>irbesartan-</i>	BANZEL	<i>betaine powder for oral</i>
hydrochlorothiazide tab	see <i>rufinamide</i> .....43	<i>solution</i> .....57
300-12.5 mg .....28	BARACLUDE .....15	<i>betamethasone</i>
AVAPRO	see <i>entecavir</i> .....15	<i>dipropionate (topical)</i> ..76
see <i>irbesartan</i> .....30	BASAGLAR KWIKPEN ..51	<i>betamethasone</i>
aviane.....53	BCG VACCINE .....67	<i>dipropionate augmented</i>
AVODART	benazepril &	.....76
see <i>dutasteride</i> .....62	hydrochlorothiazide tab	<i>betamethasone valerate</i> .77
ayuna.....53	10-12.5 mg .....26	BETAPACE
AYVAKIT .....21	benazepril &	see <i>sotalol hcl</i> .....30
azacitidine.....19	hydrochlorothiazide tab	BETAPACE AF
AZACTAM	20-12.5 mg .....26	see <i>sotalol hcl (afib/afI)</i> 30
see <i>aztreonam</i> .....11	benazepril &	BETASERON .....47
azathioprine .....66	hydrochlorothiazide tab	<i>betaxolol hcl</i> .....32
azelastine hcl.....72	20-25 mg .....26	<i>betaxolol hcl (ophth)</i> .....70
azelastine hcl (ophth).....70	benazepril &	<i>bethanechol chloride</i> .....62
AZILECT	hydrochlorothiazide tab	BETOPTIC-S.....70
	5-6.25mg .....26	

BEVESPI AER 9-4.8MCG	53
.....	71
bexarotene	20
bexarotene (topical)	78
BEXSERO INJ	67
BEYAZ	
see <i>dospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.02-0.451 mg</i>	54
BIAXIN XL	
see <i>clarithromycin</i>	17
bicalutamide	19
BICILLIN L-A	18
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	14
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	14
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg	31
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg	31
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg	31
bisoprolol fumarate	32
BIVIGAM	66
blisovi 24 fe	53
blisovi fe 1.5/30	53
BOOSTRIX INJ	67
bortezomib	21
BORTEZOMIB	21
bosentan	34
BOSULIF	21
BRAFTOVI	21
BREO ELLIPTA INH 100-25	74
BREO ELLIPTA INH 200-25	74
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	74
breyna	74
BREZTRI AERO AER SPHERE	71
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	71
brielllyn	53
BRILINTA	64
brimonidine tartrate	70
brinzolamide	70
BRIVIACT	40
bromfenac sodium (ophth)	
.....	70
bromocriptine mesylate	37
BROMSITE	
see <i>bromfenac sodium (ophth)</i>	
BRONCHITOL	73
BRUKINSA	21
budesonide	60
budesonide (inhalation)	74
budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act	74
budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act	74
bumetanide	33
BUMEX	
see <i>bumetanide</i>	33
BUPHENYL	
see <i>sodium phenylbutyrate</i>	58
buprenorphine hcl	48
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)	48
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)	48
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)	48
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)	48
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)	48
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)	48
bupropion hcl	35
bupropion hcl (smoking deterrent)	48
buspirone hcl	34
butorphanol tartrate	10
BYSTOLIC	
see <i>nebivolol hcl</i>	32
C	
cabergoline	57
CABOMETYX	21
calcipotriene	76
calcitonin (salmon) spray	53
calcitrene	76
calcitriol	59
calcitriol (oral)	59
CALQUENCE	21
camila	53
CAMPTOSAR	
see <i>irinotecan hcl</i>	20
camrese	53
camrese lo	53
CANASA	
see <i>mesalamine</i>	60
CANCIDAS	
see <i>caspofungin acetate</i>	
.....	13
candesartan cilexetil	30
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg	28
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg	28
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg	28
CAPLYTA	38
CAPRELSA	21
captopril	27
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg	27
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	27
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg	27
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg	27
CARAFATE	

see <i>sucralfate</i> .....61	
<i>carb/levo orally</i>	
<i>disintegrating tab 10-</i>	
<i>100mg</i> .....37	
<i>carb/levo orally</i>	
<i>disintegrating tab 25-</i>	
<i>100mg</i> .....37	
<i>carb/levo orally</i>	
<i>disintegrating tab 25-</i>	
<i>250mg</i> .....37	
<b>CARBAGLU</b>	
<i>see caglumic acid</i> .....57	
<b>carbamazepine</b> .....40	
<b>CARBATROL</b>	
<i>see carbamazepine</i> ....40	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	
<i>10-100 mg</i> .....37	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	
<i>25-100 mg</i> .....37	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	
<i>25-250 mg</i> .....37	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	
<i>er 25-100 mg</i> .....37	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	
<i>er 50-200 mg</i> .....37	
<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>entacapone tabs 12.5-</i>	
<i>50-200 mg</i> .....37	
<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>entacapone tabs 18.75-</i>	
<i>75-200 mg</i> .....37	
<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>entacapone tabs 25-100-</i>	
<i>200 mg</i> .....	
<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>entacapone tabs 31.25-</i>	
<i>125-200 mg</i> .....37	
<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>entacapone tabs 37.5-</i>	
<i>150-200 mg</i> .....37	
<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>entacapone tabs 50-200-</i>	
<i>200 mg</i> .....	
<i>carboplatin</i> .....18	
<b>CARDIZEM</b>	
<i>see diltiazem hcl</i> .....32	
<b>CARDIZEM CD</b>	
<i>see cartia xt</i> .....32	
	<i>see diltiazem hcl coated</i>
	<i>beads</i> .....32
<b>CARDURA</b>	
<i>see doxazosin mesylate</i>	
	.....27
<i>caglumic acid</i> .....57	
<i>carisoprodol</i> .....48	
<b>CARNITOR</b>	
<i>see levocarnitine</i>	
<i>(metabolic modifiers)</i>	
	.....58
<i>carteolol hcl (ophth)</i> .....70	
<i>cartia xt</i> .....32	
<i>carvedilol</i> .....32	
<b>CASODEX</b>	
<i>see bicalutamide</i> .....19	
<i>caspofungin acetate</i> .....13	
<b>CATAPRES-TTS-1</b>	
<i>see clonidine</i> .....33	
<b>CATAPRES-TTS-2</b>	
<i>see clonidine</i> .....33	
<b>CATAPRES-TTS-3</b>	
<i>see clonidine</i> .....33	
<b>CAYSTON</b> .....11	
<i>cefaclor</i> .....16	
<i>cefadroxil</i> .....16	
<b>CEFAZOLIN</b> .....16	
<b>CEFAZOLIN INJ</b>	
<i>1GM/50ML</i> .....16	
<i>cefazolin sodium</i> .....16	
<b>CEFAZOLIN SOLN</b>	
<i>2GM/100ML-4%</i> .....16	
<b>CEFAZOLIN/DEX SOL</b>	
<i>1GM/50ML-4%</i> .....16	
<b>CEFAZOLIN/DEX SOL</b>	
<i>2GM/50ML-3%</i> .....16	
<b>CEFAZOLIN/DEX SOL</b>	
<i>3GM/150ML-4%</i> .....16	
<i>cefdinir</i> .....16	
<i>cefepime hcl</i> .....16	
<i>cefixime</i> .....16	
<b>CEFOTAN</b>	
<i>see cefotetan disodium</i>	
	.....16
<i>cefotetan disodium</i> .....16	
<i>cefoxitin sodium</i> .....16	
<i>cefpodoxime proxetil</i> .....16	
<i>cefprozil</i> .....16	
<i>ceftazidime</i> .....16	
	<i>ceftriaxone sodium</i> .....16
	<i>cefuroxime axetil</i> .....16
	<i>cefuroxime sodium</i> .....16
<b>CELEBREX</b>	
<i>see celecoxib</i> .....9	
<i>celecoxib</i> .....9	
<b>CELEXA</b>	
<i>see citalopram</i>	
<i>hydrobromide</i> .....35	
<b>CELLCEPT</b>	
<i>see mycophenolate</i>	
<i>mofetil</i> .....66	
<b>CELONTIN</b>	
<i>see methsuximide</i> .....42	
<i>cephalexin</i> .....16	
<b>CEQUR SIMPL KIT PATCH</b>	
<i>2U (3-DAY)</i> .....51	
<b>CEQUR SIMPL KIT PATCH</b>	
<i>2U (4-DAY)</i> .....51	
<b>CEQUR SIMPL MIS</b>	
<i>INSERTER</i> .....51	
<b>CERDELGA</b> .....57	
<b>CEREZYME</b> .....57	
<i>cetirizine hcl</i> .....72	
<i>cevimeline hcl</i> .....78	
<i>chateal eq.</i> .....53	
<b>CHEMET</b> .....53	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	
<i>(mouth-throat)</i> .....78	
<i>chloroquine phosphate</i> ...13	
<i>chlorpromazine hcl</i> .....38	
<i>chlorthalidone</i> .....33	
<i>cholestyramine</i> .....31	
<i>cholestyramine light</i> .....31	
<b>CIALIS</b>	
<i>see tadalafil</i> .....62	
<i>ciclopirox</i> .....76	
<i>ciclopirox olamine</i> .....76	
<i>cilostazol</i> .....63	
<b>CILOXAN</b> .....69	
<b>CIMDUO TAB 300-300</b> ..14	
<i>cinacalcet hcl</i> .....57	
<b>CIPRO</b>	
<i>see ciprofloxacin hcl</i> ...17	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml</i>	
<i>in d5w</i> .....17	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml</i>	
<i>in d5w</i> .....17	
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....17	

<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ..69	CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML .....	11	COLY-MYCIN M see <i>colistimethate sodium</i> .....
<i>ciprofloxacin-</i> <i>dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i> .....71	CLINIMIX INJ 4.25/D10.. 69		11
<i>cisplatin</i> .....18	CLINIMIX INJ 4.25/D5W 69		COMBIGAN SOL 0.2/0.5% .....
<i>citalopram hydrobromide</i> 35	CLINIMIX INJ 5%/D15W 69		70
<i>claravis</i> .....75	CLINIMIX INJ 5%/D20W 69		COMBIVENT AER 20-100 .....
<i>clarithromycin</i> .....17	CLINIMIX INJ 6/5..... 69		71
CLEOCIN <i>see clindamycin hcl</i> ....11 <i>see clindamycin</i> <i>phosphate vaginal</i> ....62	CLINIMIX INJ 8/10..... 69		COMETRIQ (60MG DOSE) .....
CLEOCIN PEDIATRIC GRANULE <i>see clindamycin</i> <i>palmitate hydrochloride</i> .....	CLINIMIX INJ 8/14..... 69		21
CLEOCIN PHOSPHATE <i>see clindamycin</i> <i>phosphate</i> .....11	<i>clinisol sf 15%</i> ..... 69		COMETRIQ KIT 100MG.21
CLEOCIN-T <i>see clindamycin</i> <i>phosphate (topical)</i> ..75	CLINOLIPID EMU 20%.. 69		COMETRIQ KIT 140MG.21
CLIMARA <i>see estradiol</i> .....56	<i>clobazam</i> ..... 40		COMPLERA TAB..... 14
CLINDAGEL <i>see clindamycin</i> <i>phosphate (topical)</i> ..75	<i>clobetasol propionate</i> .... 77		<i>compro</i> ..... 59
<i>clindamycin hcl</i> .....11	<i>clobetasol propionate e</i> .. 77		<i>constulose</i> ..... 60
<i>clindamycin palmitate</i> <i>hydrochloride</i> .....	<i>clomipramine hcl</i> ..... 36		COPAXONE .....
<i>clindamycin phosphate</i> ...11	<i>clonazepam</i> ..... 40, 41		47
<i>clindamycin phosphate</i> ( <i>topical</i> ).....75	<i>clonidine</i> ..... 33		<i>see glatiramer acetate</i> 47
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i> .....	<i>clonidine hcl</i> .....		<i>see glatopa</i> ..... 47
11	<i>clopidogrel bisulfate</i> ..... 64		COPIKTRA .....
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i> .....	<i>clorazepate dipotassium</i> 41		21
11	<i>clotrimazole</i> ..... 78		COREG
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i> .....	<i>clotrimazole (topical)</i> ..... 76		<i>see carvedilol</i> .....
11	<i>clotrimazole w/</i> <i>betamethasone cream 1-0.05%</i> ..... 76		32
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> .....62	<i>clozapine</i> .....	38	CORLANOR .....
CLINDMYC/NAC INJ <i>300/50ML</i> .....	CLOZARIL <i>see clozapine</i> .....	38	33
CLINDMYC/NAC INJ <i>600/50ML</i> .....	COARTEM TAB 20-120MG ..... 13		<i>see ivabradine hcl</i> ..... 34
	COBENFY CAP 100-20MG ..... 38		CORTEF
	COBENFY CAP 125-30MG ..... 38		<i>see hydrocortisone</i> ..... 57
	COBENFY CAP 50-20MG ..... 38		CORTENEMA
	COBENFY STRT CAP PACK..... 38		<i>see hydrocortisone</i> ( <i>intrarectal</i> )..... 60
	COLAZAL <i>see balsalazide disodium</i> ..... 60		COSENTYX .....
	colchicine .....	9	64
	colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg .....	9	COSENTYX SENSOREADY PEN .. 64
	colesevelam hcl .....	31	COSENTYX UNREADY .....
	COlestid <i>see colestipol hcl</i> ..... 31		64
	colestipol hcl .....	31	COSOPT
	colistimethate sodium.... 11		<i>see dorzolamide hcl-timolol maleate ophth</i> <i>soln 2-0.5%</i> ..... 71
			COTELLIC .....
			21
			COZAAR
			<i>see losartan potassium</i> ..... 30
			CREON CAP 12000UNT 61
			CREON CAP 24000UNT 61
			CREON CAP 3000UNIT.61
			CREON CAP 36000UNT 61
			CREON CAP 6000UNIT.61
			CRESTOR
			<i>see rosuvastatin calcium</i> ..... 31
			cromolyn sodium..... 73

cromolyn sodium	see <i>daptomycin</i> .....11
(mastocytosis).....61	
cromolyn sodium (ophth)70	DARAPRIM
cryselle-28.....53	see <i>pyrimethamine</i> .... 12
cyclobenzaprine hcl.....48	darunavir.....14
cyclophosphamide.....18	dasatinib.....21
CYCLOPHOSPHAMIDE 18, 19	dasetta 1/35 ..... 53
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR.....19	dasetta 7/7/7 ..... 53
cycloserine.....15	DAURISMO.....21
cyclosporine.....66	daysee.....53
cyclosporine modified (for microemulsion).....66	DAYVIGO.....45
CYKLOKAPRON	DDAVP
see <i>tranexamic acid</i> ....64	see <i>desmopressin</i>
CYMBALTA	acetate.....57
see <i>duloxetine hcl</i> .....36	deblitane.....53
cyproheptadine hcl.....72	deferasirox ..... 53
cyred eq .....53	DELESTROGEN
CYSTADANE	see <i>estradiol valerate</i> . 56
see <i>betaine powder for</i> <i>oral solution</i> .....57	DELSTRIGO TAB.....14
CYSTADROPS.....71	DEMSER
CYSTAGON.....57	see <i>metyrosine</i> .....34
CYSTARAN .....71	DENGVAXIA SUS ..... 67
cytarabine .....19	DEPAKOTE
CYTOMEL	see <i>divalproex sodium</i> 41
see <i>liothyronine sodium</i> .....59	DEPAKOTE ER
CYTOTEC	see <i>divalproex sodium</i> 41
see <i>misoprostol</i> .....61	DEPAKOTE SPRINKLES
D	see <i>divalproex sodium</i> 41
D10W/NACL INJ 0.2%....68	DEPEN TITRATABS
D2.5W/NACL INJ 0.45%.67	see <i>penicillamine</i> ..... 53
dabigatran etexilate	DEPO-MEDROL
mesylate.....63	see <i>methylprednisolone</i>
dalfampridine .....47	acetate ..... 57
DALIRESP	DEPO-PROVERA
see <i>roflumilast</i> .....73	CONTRACEPTIV
danazol.....49	see
DANTRIUM	<i>medroxyprogesterone</i>
see <i>dantrolene sodium</i> 48	<i>acetate (contraceptive)</i>
dantrolene sodium.....48	..... 55
DANZITEN .....21	DEPO-SUBQ PROVERA
dapsone .....11	104 ..... 54
DAPTACEL INJ .....67	depo-testosterone.....49
daptomycin.....11	DERMA-SMOOTH/FS
DAPTOMYCIN.....11	BODY
	see <i>fluocinolone</i>
	<i>acetonide</i> ..... 77
	DERMA-SMOOTH/FS
	SCALP
	see <i>fluocinolone</i>
	<i>acetonide</i> ..... 77
	DERMOTIC
	see <i>flac</i> ..... 71
	see <i>fluocinolone</i>
	<i>acetonide (otic)</i> ..... 71
	DESCOZY TAB 120-15MG
	..... 14
	DESCOZY TAB 200/25MG
	..... 14
	desipramine hcl.....36
	desmopressin acetate .... 57
	desmopressin acetate
	spray.....57
	desmopressin acetate
	spray refrigerated.....58
	desogest-eth estrad & eth
	estrad tab 0.15-0.02/0.01
	mg(21/5) ..... 54
	desvenlafaxine succinate36
	DETROL
	see <i>tolterodine tartrate</i> 62
	dexamethasone ..... 57
	DEXAMETHASONE
	INTENSOL.....57
	dexamethasone sodium
	phosphate.....57
	dexamethasone sodium
	phosphate (ophth)..... 70
	dexamethylphenidate hcl.. 45
	dextrose.....69
	dextrose 10% w/ sodium
	chloride 0.45% ..... 68
	dextrose 2.5% w/ sodium
	chloride 0.45% ..... 68
	DEXTROSE 2.5%/SODIUM
	CHLO
	see <i>dextrose 2.5% w/</i>
	<i>sodium chloride 0.45%</i>
	..... 68
	dextrose 5% in lactated
	ringers.....68
	dextrose 5% w/ sodium
	chloride 0.2%.....68
	dextrose 5% w/ sodium
	chloride 0.225% ..... 68
	dextrose 5% w/ sodium
	chloride 0.3%.....68
	dextrose 5% w/ sodium
	chloride 0.45% ..... 68

dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9% .....	68
DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORI	
see <i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	
.....	68
DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE	
<i>see dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> .....	68
DIACOMIT .....	41
<i>diazepam</i> .....	41
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	
.....	41
<i>diazepam inj.</i> .....	41
<i>diazepam intensol</i> .....	41
<i>diazoxide</i> .....	57
<i>diclofenac potassium</i> .....	9
<i>diclofenac sodium</i> .....	9
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	
.....	70
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	
.....	78
<i>dicloxacillin sodium</i> .....	18
<i>dicyclomine hcl</i> .....	60
DIFICID .....	17
DIFLUCAN	
<i>see fluconazole</i> .....	13
<i>diflunisal</i> .....	9
<i>diluprednate</i> .....	70
<i>digoxin</i> .....	33
<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	46
DILANTIN .....	41
<i>see phenytoin sodium extended</i> .....	43
DILANTIN INFATABS	
<i>see phenytoin</i> .....	42
DILANTIN-125	
<i>see phenytoin</i> .....	42
DILAUDID	
<i>see hydromorphone hcl</i>	
.....	10
<i>diltiazem hcl</i> .....	32
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	
.....	32
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> .....	32
<i>dilt-xr</i> .....	32
DIOVAN	
<i>see valsartan</i> .....	30
DIOVAN HCT	
<i>see valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i> .....	29
<i>see valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i> .....	29
<i>see valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i> .....	29
<i>see valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i> .....	29
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	
.....	67
<i>diphenhydramine hcl</i> .....	72
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i> .....	61
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i> .....	61
DIPROLENE	
<i>see betamethasone dipropionate augmented</i> .....	76
<i>dipyridamole</i> .....	64
<i>disopyramide phosphate</i> .....	30
<i>disulfiram</i> .....	49
<i>divalproex sodium</i> .....	41
<i>docetaxel</i> .....	20
DOCETAXEL .....	20
<i>see docetaxel</i> .....	20
DOCIVYX .....	20
<i>dofetilide</i> .....	30
<i>dolishale</i> .....	54
<i>donepezil hydrochloride</i> .....	35
DOPTELET .....	63
<i>dorzolamide hcl</i> .....	70
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%</i> .....	71
<i>dotti</i> .....	56
DOVATO TAB 50-300MG	
.....	14
<i>doxazosin mesylate</i> .....	27
<i>doxepin hcl</i> .....	36
<i>doxepin hcl (sleep)</i> .....	45
DOXIL	
<i>see doxorubicin hcl liposomal</i> .....	20
<i>doxorubicin hcl</i> .....	20
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> .....	20
DOXORUBICIN	
HYDROCHLORIDE	
<i>see doxorubicin hcl</i> .....	20
<i>doxy 100</i> .....	18
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	
.....	18
<i>doxycycline hydrate</i> .....	18
DRIZALMA SPRINKLE ..	36
<i>dronabinol</i> .....	59
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i> .....	54
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i> .....	54
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.02-0.451 mg</i> .....	54
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i> .....	54
<i>droxidopa</i> .....	33
DULERA AER 100-5MCG	
.....	74
DULERA AER 200-5MCG	
.....	74
DULERA AER 50-5MCG	
.....	74
<i>duloxetine hcl</i> .....	36
DUPIXENT .....	64
DUREZOL	
<i>see diluprednate</i> .....	70
<i>dutasteride</i> .....	62
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i> .....	62
E	
e.e.s. 400 .....	17
EC-NAPROSYN	
<i>see naproxen</i> .....	9
<i>see naproxen dr</i> .....	9
<i>econazole nitrate</i> .....	76
EDURANT .....	14

efavirenz.....	14
efavirenz-emtricitabine-	
tenofovir df tab 600-200-	
300 mg .....	14
efavirenz-lamivudine-	
tenofovir df tab 400-300-	
300 mg .....	15
efavirenz-lamivudine-	
tenofovir df tab 600-300-	
300 mg .....	15
EFFEXOR XR	
see <i>venlafaxine hcl</i> .....	37
EFFIENT	
see <i>prasugrel hcl</i> .....	64
ELIDELE	
see <i>pimecrolimus</i> .....	78
ELIGARD	19
ELIMITE	
see <i>permethrin</i> .....	78
elinest.....	54
ELIQUIS	63
ELIQUIS STARTER PACK	
.....	63
eluryng .....	54
EMEND BIPACK	
see <i>aprepitant</i> .....	59
EMGALITY .....	46
EMSAM .....	36
emtricitabine .....	14
emtricitabine-tenofovir	
disoproxil fumarate tab	
100-150 mg.....	15
emtricitabine-tenofovir	
disoproxil fumarate tab	
133-200 mg.....	15
emtricitabine-tenofovir	
disoproxil fumarate tab	
167-250 mg.....	15
emtricitabine-tenofovir	
disoproxil fumarate tab	
200-300 mg.....	15
EMTRIVA .....	14
see <i>emtricitabine</i> .....	14
EMVERM .....	11
emzahh .....	54
enalapril maleate .....	27
enalapril maleate &	
hydrochlorothiazide tab	
10-25 mg .....	27
enalapril maleate &	
hydrochlorothiazide tab	
5-12.5 mg .....	27
ENBREL .....	64
ENBREL MINI .....	64
ENBREL SURECLICK .....	64
ENDARI	
see <i>L-glutamine (sickle</i>	
<i>cell)</i> .....	63
endocet tab 10-325mg ...	10
endocet tab 2.5-325mg ..	10
endocet tab 5-325mg ....	10
endocet tab 7.5-325mg ..	10
INGERIX-B .....	67
enilloring .....	54
enoxaparin sodium .....	63
enpresso-28 .....	54
enskyce .....	54
ENSTILAR AER .....	76
entacapone .....	37
entecavir.....	15
ENTRESTO CAP 15-16MG	
.....	28
ENTRESTO CAP 6-6MG	28
ENTRESTO TAB 24-26MG	
.....	28
ENTRESTO TAB 49-51MG	
.....	28
ENTRESTO TAB 97-	
103MG .....	28
enulose .....	60
EPCLUSIA PAK 150-37.515	
EPCLUSIA PAK 200-50MG	
.....	15
EPCLUSIA TAB 200-50MG	
.....	15
EPCLUSIA TAB 400-100	15
EPIDIOLEX .....	41
epinephrine ( <i>anaphylaxis</i> )	
.....	33, 73
EPIPEN 2-PAK	
see <i>epinephrine</i>	
( <i>anaphylaxis</i> ).....	73
EPIPEN-JR 2-PAK	
see <i>epinephrine</i>	
( <i>anaphylaxis</i> ).....	73
epitol .....	41
EPIVIR	
see <i>lamivudine</i> .....	14
eplerenone .....	27
EPRONTIA .....	41
ergotamine w/ caffeine tab	
1-100 mg .....	46
ERIVEDGE .....	21
ERLEADA .....	19
erlotinib hcl .....	21, 22
errin.....	54
ertapenem sodium .....	11
ery.....	75
ERYGEL	
see <i>erythromycin (acne</i>	
<i>aid)</i> .....	75
ery-tab .....	17
ERYTHROGIN	
LACTOBIONATE .....	17
see <i>erythromycin</i>	
<i>lactobionate</i> .....	17
erythromycin (acne aid) ..	75
erythromycin (ophth) .....	70
erythromycin base .....	17
erythromycin ethylsuccinate	
.....	17
erythromycin lactobionate	
.....	17
ESBRIET	
see <i>pirfenidone</i> .....	73
escitalopram oxalate.....	36
esomeprazole magnesium	
.....	61
estarrylla .....	54
ESTRACE	
see <i>estradiol</i> .....	56
see <i>estradiol vaginal</i> ...	56
estradiol .....	56
estradiol & norethindrone	
acetate tab 0.5-0.1 mg	56
estradiol & norethindrone	
acetate tab 1-0.5 mg...	56
estradiol vaginal .....	56
estradiol valerate .....	56
eszopiclone .....	45
ethambutol hcl .....	15
ethosuximide .....	41
ethynodiol diacetate &	
ethinyl estradiol tab 1	
mg-35 mcg.....	54

<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	54	<i>falmina</i>	54
<i>etodolac</i>	9	<i>famciclovir</i>	15
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	54	<i>famotidine</i>	60
<i>etoposide</i>	20	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	60
<i>etravirine</i>	14	<i>FANAPT</i>	38
<i>EULEXIN</i>	19	<i>FANAPT PAK</i>	38
<i>euthyrox</i>	58	<i>FARESTON</i>	
<i>everolimus</i>	22	<i>see toremifene citrate</i>	20
<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	66	<i>FARXIGA</i>	49
<i>EVISTA</i>		<i>FASENRA</i>	73
<i>see raloxifene hcl</i>	58	<i>FASENRA PEN</i>	73
<i>EVOTAZ TAB 300-150</i>	15	<i>FASLODEX</i>	
<i>EVOXAC</i>		<i>see fulvestrant</i>	19
<i>see cevimeline hcl</i>	78	<i>felbamate</i>	41
<i>EXELON</i>		<i>FELBATOL</i>	
<i>see rivastigmine</i>	35	<i>see felbamate</i>	41
<i>exemestane</i>	19	<i>felodipine</i>	32
<i>EXFORGE</i>		<i>FEMARA</i>	
<i>see amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	28	<i>see letrozole</i>	19
<i>see amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	28	<i>fenofibrate</i>	30
<i>see amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	28	<i>fenofibrate micronized</i>	30
<i>see amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	28	<i>fentanyl</i>	9
<i>EXJADE</i>		<i>fesoterodine fumarate</i>	62
<i>see deferasirox</i>	53	<i>FETZIMA</i>	36
<i>EYSUVIS</i>	71	<i>FETZIMA CAP TITRATIO</i>	36
<i>ezetimibe</i>	31	<i>FIASP</i>	51
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	31	<i>FIASP FLEXTOUCH</i>	51
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	31	<i>FIASP PENFILL</i>	51
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	31	<i>FIASP PUMPCART</i>	51
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	31	<i>finasteride</i>	62
<b>F</b>		<i> fingolimod hcl</i>	47
<i>FABRAZYME</i>	58	<i>FINTEPLA</i>	41
		<i>finzala</i>	54
		<i>FIRAZYR</i>	
		<i>see icatibant acetate</i>	63
		<i>see sajazir</i>	64
		<i>FIRMAGON</i>	19
		<i>flac</i>	71
		<i>FLAREX</i>	70
		<i>FLEBOGAMMA DIF</i>	66
		<i>flecainide acetate</i>	30
		<i>fluconazole</i>	13
		<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i>	13
		<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	13
		<i>flucytosine</i>	13
		<i>fludrocortisone acetate</i>	57
		<i>flunisolide (nasal)</i>	74
		<i>fluocinolone acetonide</i>	77
		<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	71
		<i>fluocinonide</i>	77
		<i>fluocinonide emulsified base</i>	77
		<i>fluorometholone (ophth)</i>	70
		<i>fluorouracil</i>	19
		<i>fluorouracil (topical)</i>	78
		<i>fluoxetine hcl</i>	36
		<i>fluphenazine decanoate</i>	38
		<i>fluphenazine hcl</i>	38
		<i>flurbiprofen</i>	9
		<i>flurbiprofen sodium</i>	70
		<i>fluticasone propionate</i>	77
		<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	74
		<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	75
		<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	75
		<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	75
		<i>fluvoxamine maleate</i>	34
		<i>FML LIQUIFILM</i>	
		<i>see fluorometholone (ophth)</i>	70
		<i>FOCALIN</i>	
		<i>see dexmethylphenidate hcl</i>	45
		<i>fondaparinux sodium</i>	63
		<i>FOSAMAX</i>	
		<i>see alendronate sodium</i>	53
		<i>fosamprenavir calcium</i>	14
		<i>fosinopril sodium</i>	27
		<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	27
		<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	27
		<i>FOTIVDA</i>	22
		<i>FRUZAQLA</i>	22

FULPHILA.....	63
fulvestrant .....	19
furosemide .....	33
furosemide inj .....	33
FUZEON .....	14
fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg .....	56
fyavolv tab 1mg-5mcg .....	56
FYCOMPA .....	41
<b>G</b>	
gabapentin .....	41, 42
galantamine hydrobromide .....	35
gallifrey.....	58
GAMASTAN INJ.....	66
GAMMAGARD LIQUID .....	66
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH .....	66
GAMMAKED.....	66
GAMMAPLEX.....	66
GAMUNEX-C.....	66
ganciclovir sodium.....	15
GARDASIL 9 INJ .....	67
GASTROCROM	
see cromolyn sodium (mastocytosis).....	61
gatifloxacin (ophth).....	70
GATTEX.....	61
GAUZE PADS 2 .....	51
gavilyte-c.....	60
gavilyte-g.....	60
gavilyte-n/flavor pack .....	60
GAVRETO .....	22
gefitinib.....	22
gemcitabine hcl.....	19
GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	
see gemcitabine hcl.....	19
gemfibrozil.....	30
generlac .....	60
genograf.....	66
GENOTROPIN .....	58
GENOTROPIN MINIQUICK .....	58
gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml.....	11
gentamicin in saline inj 1 mg/ml.....	11
gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml.....	11
gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml.....	11
gentamicin in saline inj 2 mg/ml.....	11
gentamicin sulfate.....	12
gentamicin sulfate (ophth) .....	70
gentamicin sulfate (topical) .....	75
GENVOYA TAB .....	15
<b>GEODON</b>	
see ziprasidone hcl.....	40
see ziprasidone mesylate .....	40
GILENYA	
see fingolimod hcl .....	47
GILOTRIF .....	22
glatiramer acetate.....	47
glatopa.....	47
GLEEVEC	
see imatinib mesylate .....	22
GLEOSTINE .....	19
glimepiride.....	49
glipizide .....	49
glipizide xl.....	49
glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg .....	49
glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg .....	49
glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg .....	49
GLUCOTROL XL	
see glipizide.....	49
see glipizide xl.....	49
glycopyrrolate.....	60
glydo.....	77
GLYXAMBI TAB 10-5 MG .....	49
GLYXAMBI TAB 25-5 MG .....	49
GOLYTELY	
see gavilyte-g.....	60
see peg 3350-kcl-na bicarb-na sulfate for soln 236 gm.....	60
granisetron hcl .....	59
griseofulvin microsize.....	13
griseofulvin ultramicrosize .....	13
guanfacine hcl.....	34
guanfacine hcl (adhd).....	45
<b>H</b>	
HAEGARDA .....	63
hailey 1.5/30.....	54
hailey 24 fe .....	54
<b>HALDOL DECANOATE</b>	
100 .....	
see haloperidol decanoate.....	38
<b>HALDOL DECANOATE 50</b>	
see haloperidol decanoate.....	38
halobetasol propionate .....	77
haloette.....	54
haloperidol.....	38
haloperidol decanoate .....	38
haloperidol lactate.....	39
HARVONI PAK 33.75-150MG .....	15
HARVONI PAK 45-200MG .....	15
HARVONI TAB 45-200MG .....	15
HARVONI TAB 90-400MG .....	15
HAVRIX .....	67
heather .....	54
<b>HEP SOD/NACL INJ</b>	
25000UNT .....	63
heparin sodium (porcine).....	63
HEPLISAV-B .....	67
HERCEP HYLEC SOL 60-10000 .....	22
HERCEPTIN .....	22
HERZUMA .....	22
HETLIOZ	
see tasimelteon.....	45
HIBERIX .....	67
<b>HIPREX</b>	
see methenamine hippurate.....	12
HUMIRA .....	64
HUMIRA PEN.....	65
HUMIRA PEN KIT PS/UV .....	65

HUMIRA PEN-CD/UC/HS	see <i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	28
START.....65		
HUMIRA PEN-PEDIATRIC		
UC S.....65		
HUMULIN R U-500		
(CONCENTR.....51		
HUMULIN R U-500		
KWIKPEN.....51		
<i>hydralazine hcl</i> .....34		
HYDREA		
<i>see hydroxyurea</i> .....20		
<i>hydrochlorothiazide</i> .....33		
<i>hydrocodone bitartrate</i> .....9		
<i>hydrocodone-</i>		
<i>acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i> .....10		
<i>hydrocodone-</i>		
<i>acetaminophen tab 10-325 mg</i> .....10		
<i>hydrocodone-</i>		
<i>acetaminophen tab 5-325 mg</i> .....10		
<i>hydrocodone-</i>		
<i>acetaminophen tab 7.5-325 mg</i> .....10		
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i> .....10		
<i>hydrocortisone</i> .....57		
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>		
.....60		
<i>hydrocortisone (rectal)</i> ....78		
<i>hydrocortisone (topical)</i> ....77		
<i>hydrocortisone sod</i>		
<i>succinate</i> .....57		
<i>hydrocortisone valerate</i> ...77		
<i>hydromorphone hcl</i> .....10		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>		
.....66		
<i>hydroxyurea</i> .....20		
<i>hydroxyzine hcl</i> .....72		
<i>hydroxyzine pamoate</i> ....72		
HYZAAR		
<i>see losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> .....28		
<i>see losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> .....28		
I		
<i>ibandronate sodium</i> .....53		
IBRANCE .....	22	
<i>ibu</i> .....9		
<i>ibuprofen</i> .....9		
<i>icatibant acetate</i> .....63		
<i>iclevia</i> .....54		
ICLUSIG .....	22	
IDACIO (2 PEN).....65		
IDACIO (2 SYRINGE) ....65		
IDACIO CROHN INJ		
<i>DISEASE</i> .....65		
IDACIO PLAQU INJ		
<i>PSORIASIS</i> .....65		
IDHIFA.....22		
<i>imatinib mesylate</i> .....22		
IMBRUVICA .....	22	
<i>imipenem-cilastatin</i>		
<i>intravenous for soln 250 mg</i> .....12		
<i>imipenem-cilastatin</i>		
<i>intravenous for soln 500 mg</i> .....12		
<i>imipramine hcl</i> .....36		
<i>imiquimod</i> .....78		
IMITREX		
<i>see sumatriptan succinate</i> .....47		
IMITREX STATDOSE		
REFILL		
<i>see sumatriptan succinate</i> .....46		
IMITREX STATDOSE		
SYSTEM		
<i>see sumatriptan succinate</i> .....46		
IMKELDI .....	22	
IMOVAX RABIES		
(H.D.C.V.).....67		
IMPAVIDO.....12		
IMURAN		
<i>see azathioprine</i> .....66		
INBRIJA.....37		
<i>incassia</i> .....54		
INCRELEX .....	58	
INCRUSE ELLIPTA.....71		
<i>indapamide</i> .....33		
INDERAL LA		
<i>see propranolol hcl</i> ....32		
INFANRIX INJ .....	67	
INFLIXIMAB .....	65	
INLYTA .....	22	
INQOVI TAB 35-100MG.19		
INREBIC .....	22	
INSPRA		
<i>see eplerenone</i> .....27		
INSULIN PEN NEEDLES:		
BD-EMBECTA.....51		
INSULIN SAFETY NEEDLES: BD-EMBECTA .....	51	
INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA .....	51	
INTELENCE .....	14	
<i>see etravirine</i> .....14		
INTRALIPID .....	69	
<i>introvale</i> .....54		
INTUNIV		
<i>see guanfacine hcl (adhd)</i> .....45		
INVEGA		
<i>see paliperidone</i> .....39		
INVEGA HAFYERA .....	39	
INVEGA SUSTENNA ....39		
INVEGA TRINZA .....	39	
IPOL INJ INACTIVE .....	67	
<i>ipratropium bromide</i> .....72		
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>		
.....72		
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i> 71		
<i>irbesartan</i> .....	30	
<i>irbesartan-</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i> .....28		
<i>irbesartan-</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i> .....28		
IRESSA		
<i>see gefitinib</i> .....22		
<i>irinotecan hcl</i> .....20		
ISENTRESS .....	14	
ISENTRESS HD .....	14	
<i>isibloom</i> .....	54	
ISOLYTE-P INJ /D5W ....68		

ISOLYTE-S INJ PH 7.4	68
isoniazid	15
ISORDIL TITRADOSE	
see <i>isosorbide dinitrate</i>	
.....	34
<i>isosorbide dinitrate</i>	34
<i>isosorbide mononitrate</i>	34
<i>isotretinoin</i>	75
<i>isradipine</i>	32
ITOVEBI	22
<i>itraconazole</i>	13
<i>ivabradine hcl</i>	34
<i>ivermectin</i>	12
IWILFIN	20
IXCHIQ INJ	67
IXIARO INJ	67
<b>J</b>	
JADENU	
see <i>deferasirox</i>	53
JAKAFI	22
jantoven	63
JANUMET TAB 50-1000.50	
JANUMET TAB 50-500MG	
.....	49
JANUMET XR TAB 100-1000	50
JANUMET XR TAB 50-1000	50
JANUMET XR TAB 50-500MG	50
JANUVIA	50
JARDIANCE	50
jasmiel	54
javygtor	58
JAYPIRCA	22
JENTADUETO TAB 2.5-1000	50
JENTADUETO TAB 2.5-500	50
JENTADUETO TAB 2.5-850	50
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	50
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	50
jinteli	56
jolessa	54
juleber	54
JULUCA TAB 50-25MG	..15
junel 1.5/30	54
junel 1/20	54
junel fe 1.5/30	54
junel fe 1/20	54
junel fe 24	54
JYLAMVO	66
JYNNEOS	67
<b>K</b>	
KADCYLA	22
kaitlib fe	54
KALETRA	
see <i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	15
see <i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	15
see <i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	15
KALYDECO	73
KANJINTI	22
kariva	54
KCL 0.3%/D5W/NACL	
0.9%	
see <i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i>	68
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	68
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	68
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.2% inj</i>	68
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	68
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i>	68
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	68
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	68
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	68
klor-con	69
klor-con 10	69
klor-con 8	69
klor-con m10	69
klor-con m15	69
klor-con m20	69
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	68
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i>	68
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	68
KCL/D5W/NACL INJ	
0.3/0.9%	68
<i>kelnor 1/35</i>	54
<i>kelnor 1/50</i>	54
KEPPRA	
see <i>levetiracetam</i>	42
see <i>roweepra</i>	43
KEPPRA XR	
see <i>levetiracetam</i>	42
KERENDIA	27
KESIMPTA	47
ketoconazole	13
ketoconazole (topical)	76
ketorolac tromethamine (ophth)	70
KEYTRUDA	23
KINRIX INJ	67
kionex	53
KISQALI 200 DOSE	23
KISQALI 200 PAK	
FEMARA	23
KISQALI 400 DOSE	23
KISQALI 400 PAK	
FEMARA	23
KISQALI 600 DOSE	23
KISQALI 600 PAK	
FEMARA	23
KITABIS PAK	
see <i>tobramycin</i>	12
KLARON	
see <i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	75
klayesta	76
KLONOPIN	
see <i>clonazepam</i>	40, 41
klor-con	69
klor-con 10	69
klor-con 8	69
klor-con m10	69
klor-con m15	69
klor-con m20	69

KORLYM	
see <i>mifepristone</i>	
( <i>hyperglycemia</i> ) .....	58
KOSELUGO.....	23
kourzeq .....	78
KRAZATI.....	23
kurvelo.....	54
KUVAN	
see <i>javygtor</i> .....	58
see <i>sapropterin</i>	
<i>dihydrochloride</i> .....	58
L	
<i>labetalol hcl</i> .....	32
<i>lacosamide</i> .....	42
<i>lacosamide oral</i> .....	42
<i>lactated ringer's solution</i> ..	68
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> .....	78
<i>lactulose</i> .....	60
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	
.....	60
LAMICTAL	
see <i>lamotrigine</i> .....	42
see <i>subvenite</i> .....	43
LAMICTAL CHEWABLE DISPERS	
see <i>lamotrigine</i> .....	42
LAMICTAL XR	
see <i>lamotrigine</i> .....	42
<i>lamivudine</i> .....	14
<i>lamivudine (hbv)</i> .....	15
<i>lamivudine-zidovudine tab</i>	
150-300 mg.....	15
<i>lamotrigine</i> .....	42
LANOXIN	
see <i>digoxin</i> .....	33
<i>lanreotide acetate</i> .....	58
<i>lansoprazole</i> .....	61
<i>lapatinib ditosylate</i> .....	23
<i>larin 1.5/30</i> .....	54
<i>larin 1/20</i> .....	54
<i>larin 24 fe</i> .....	54
<i>larin fe 1.5/30</i> .....	54
<i>larin fe 1/20</i> .....	54
LASIX	
see <i>furosemide</i> .....	33
<i>latanoprost</i> .....	71
LATUDA	
see <i>lurasidone hcl</i> .....	39
<i>layolis fe</i> .....	54
<i>LAZCLUZE</i> .....	23
<i>leena</i> .....	54
<i>leflunomide</i> .....	66
<i>lenalidomide</i> .....	20
<i>LENVIMA 10 MG DAILY DOSE</i> .....	23
<i>LENVIMA 12MG DAILY DOSE</i> .....	23
<i>LENVIMA 20 MG DAILY DOSE</i> .....	23
<i>LENVIMA 4 MG DAILY DOSE</i> .....	23
<i>LENVIMA 8 MG DAILY DOSE</i> .....	23
<i>LENVIMA CAP 14 MG</i> .....	23
<i>LENVIMA CAP 18 MG</i> .....	23
<i>LENVIMA CAP 24 MG</i> .....	23
<i>lessina</i> .....	54
<i>LETAIRIS</i>	
see <i>ambrisentan</i> .....	34
<i>letrozole</i> .....	19
<i>leucovorin calcium</i> .....	26
<i>leuprolide acetate</i> .....	19
<i>levalbuterol hcl</i> .....	72
<i>levalbuterol tartrate</i> .....	72
<i>levetiracetam</i> .....	42
<i>LEVETIRACETAM</i> .....	42
see <i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i> .....	42
see <i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i> .....	42
see <i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i> .....	42
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i> .....	42
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i> .....	42
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i> .....	42
<i>levobunolol hcl</i> .....	71
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> .....	58
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....	72
<i>levofloxacin</i> .....	17
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i> .....	17
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i> .....	17
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i> .....	17
<i>levonest</i> .....	54
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg &amp; eth est 0.01 mg</i> .....	54
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i> .....	54
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i> .....	54
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i> .....	54
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i> .....	55
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg</i> .....	55
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) &amp; eth est tab 0.01mg(7)</i> .....	54
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) &amp; eth est tab 0.01mg(7)</i> .....	54
<i>levora 0.15/30-28</i> .....	55
<i>levo-t</i> .....	59
<i>levothyroxine sodium</i> .....	59
<i>levoxyl</i> .....	59
LEXAPRO	
see <i>escitalopram oxalate</i>	
.....	36
I-glutamine (sickle cell)	63
LIALDA	
see <i>mesalamine</i> .....	60
LIBERVANT	42
<i>lidocaine</i> .....	77
<i>lidocaine hcl</i> .....	77
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> .....	9

<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	.....79	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i> .....15	see <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i> .....26
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i> .....77		<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i> .....15	<b>LOTRONEX</b>
<i>lidocan</i> .....77		<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i> .....15	see <i>alosetron hcl</i> .....61
<b>LIDODERM</b>		<b>LOPRESSOR</b>	<i>lovastatin</i> .....30
see <i>lidocaine</i> .....77		see <i>metoprolol tartrate</i> 32	<b>LOVAZA</b>
see <i>lidocan</i> .....77		<i>lorazepam</i> .....34, 35	see <i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> .....31
see <i>tridacaine ii</i> .....78		<i>lorazepam intensol</i> .....35	<b>LOVENOX</b>
<i>LILETTA</i> .....55		<i>LORBRENA</i> .....23	see <i>exenatide injection</i> .....
<i>linezolid</i> .....12		<i>loryna</i> .....55	.....63
<i>LINEZOLID INJ 2MG/ML</i> 12		<i>losartan potassium</i> .....30	<i>low-ogestrel</i> .....55
<i>LINZESS</i> .....61		<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> .....28	<i>loxapine succinate</i> .....39
<i>liothyronine sodium</i> .....59		<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> .....28	<b>LUMAKRAS</b> .....23
<b>LIPITOR</b>		<b>LOTEMAX</b> .....70	<b>LUMIGAN</b> .....71
see <i>atorvastatin calcium</i> .....	30	<b>LOTENSIN</b>	<b>LUMIZYME</b> .....58
<i>lisinopril</i> .....27		see <i>benazepril hcl</i> .....27	<b>LUNESTA</b>
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....27		<b>LOTENSIN HCT</b>	see <i>eszopiclone</i> .....45
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....27		see <i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....26	<b>LUPRON DEPOT (1-MONTH)</b> .....19
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> .....27		see <i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....26	<b>LUPRON DEPOT (3-MONTH)</b> .....19
<i>lithium</i> .....47		see <i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> .....26	<b>LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)</b> .....58
<i>lithium carbonate</i> .....47		<b>LOTREL</b>	<b>LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)</b> .....58
<b>LITHOBID</b>		see <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i> .....26	<b>LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)</b> .....58
see <i>lithium carbonate</i> ..47		see <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i> .....26	<i>lurasidone hcl</i> .....39
<b>LIVTENCITY</b> .....15		see <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i> .....26	<i>lutera</i> .....55
<b>LODINE</b>		<b>LYBALVI TAB 10-10MG.</b> 39	<b>LYBALVI TAB 15-10MG.</b> 39
see <i>etodolac</i> .....9		<b>LYBALVI TAB 20-10MG.</b> 39	<b>LYBALVI TAB 5-10MG</b> ... 39
<i>loestrin 1.5/30-21</i> .....55		<b>lyleq</b> .....55	<i>lyllana</i> .....56
<i>loestrin 1/20-21</i> .....55		<b>LYNPARZA</b> .....23	<b>LYRICA</b>
<i>loestrin fe 1.5/30</i> .....55		see <i>pregabalin</i> .....43	
<i>loestrin fe 1/20</i> .....55		<b>LYSODREN</b> .....19	
<b>LOKELMA</b> .....53		<b>LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)</b> .....23	
<b>LOMOTIL</b>		<b>LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)</b> .....23	
see <i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i> .....61		<b>LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)</b> .....23	
<b>LONSURF TAB 15-6.14..19</b>		<i>lyza</i> .....55	
<b>LONSURF TAB 20-8.19..19</b>			
<i>loperamide hcl</i> .....61			
<b>LOPID</b>			
see <i>gemfibrozil</i> .....30			

**M**

- MACROBID  
     see *nitrofurantoin*  
         *monohyd macro* ..... 12
- MACRODANTIN  
     see *nitrofurantoin*  
         *macrocrystal* ..... 12
- magnesium sulfate ..... 68
- MAGNESIUM SULFATE.68  
     see *magnesium sulfate*  
         ..... 68
- MAGNESIUM SULFATE IN D5W  
     see *magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml* ..... 68
- magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml ..... 68
- MALARONE  
     see *atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg* ..... 13
- see *atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg* ..... 13
- malathion ..... 78
- maraviroc ..... 14
- marlissa ..... 55
- MARPLAN ..... 36
- MATULANE ..... 20
- MAVYRET PAK 50-20MG ..... 16
- MAVYRET TAB 100-40MG ..... 16
- MAXALT  
     see *rizatriptan benzoate* ..... 46
- MAXALT-MLT  
     see *rizatriptan benzoate* ..... 46
- MAXITROL  
     see *neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%* ..... 69
- see *neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%* ..... 69
- meclizine hcl ..... 59

**MEDROL**

- see *methylprednisolone*  
         ..... 57
- MEDROL DOSEPAK  
     see *methylprednisolone*  
         ..... 57

- medroxyprogesterone acetate ..... 58
- medroxyprogesterone acetate (contraceptive) ..... 55
- mefloquine hcl ..... 13
- megestrol acetate ..... 19, 58
- megestrol acetate (appetite) ..... 58

- MEKINIST ..... 23
- MEKTOVI ..... 23
- meloxicam ..... 9
- memantine hcl ..... 35
- memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack ..... 35

- memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg ..... 35
- memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg ..... 35

- MENACTRA INJ ..... 67
- MENQUADFI INJ ..... 67
- MENVEO INJ ..... 67
- MENVEO SOL ..... 67

- MEPRON  
     see *atovaquone* ..... 11
- mercaptopurine ..... 19
- meropenem ..... 12
- mesalamine ..... 60
- mesalamine w/ cleanser ..... 60
- mesna ..... 26
- MESNEX ..... 26

- see *mesna* ..... 26
- MESTINON  
     see *pyridostigmine bromide* ..... 47
- metformin hcl ..... 50
- methadone hcl ..... 10
- methadone hydrochloride i ..... 10

**METHADOSE****see *methadone***

- hydrochloride i* ..... 10
- methazolamide ..... 33
- methenamine hippurate ..... 12
- methimazole ..... 59
- methocarbamol ..... 48
- methotrexate sodium 19, 66
- methsuximide ..... 42

**METHYLIN**

- see *methylphenidate hcl*  
         ..... 45
- methylphenidate hcl ..... 45
- methylprednisolone ..... 57
- methylprednisolone acetate ..... 57
- methylprednisolone sod succ ..... 57
- methyltestosterone ..... 49
- metoclopramide hcl ..... 59
- metolazone ..... 33
- metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg ..... 32

**metoprolol &**

- hydrochlorothiazide tab 100-50 mg ..... 32
- metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg ..... 31
- metoprolol succinate ..... 32
- metoprolol tartrate ..... 32

**METROCREAM**

- see *metronidazole (topical)* ..... 78
- METROLOTION  
     see *metronidazole (topical)* ..... 78

- metronidazole ..... 12

**METRONIDAZOLE**

- see *metronidazole* ..... 12
- metronidazole (topical) ..... 78
- metronidazole vaginal ..... 62
- metyrosine ..... 34
- mibelas 24 fe ..... 55
- micafungin sodium ..... 13

**MICARDIS**

- see *telmisartan* ..... 30
- MICARDIS HCT

see <i>telmisartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>40-12.5 mg</i> .....29	
see <i>telmisartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>80-12.5 mg</i> .....29	
see <i>telmisartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>80-25 mg</i> .....29	
<i>microgestin 1.5/30</i> .....55	
<i>microgestin 1/20</i> .....55	
<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....55	
<i>microgestin fe 1/20</i> .....55	
<i>midodrine hcl</i> .....34	
<i>MIEBO</i> .....71	
<i>mifepristone</i>	
<i>(hyperglycemia)</i> .....58	
<i>mili</i> .....55	
<i>mimvey</i> .....56	
<i>MINIVELLE</i>	
<i>see lyllana</i> .....56	
<i>minocycline hcl</i> .....18	
<i>minoxidil</i> .....34	
<i>mirtazapine</i> .....36	
<i>misoprostol</i> .....61	
<i>MITIGARE</i> .....9	
<i>see colchicine</i> .....9	
<i>M-M-R II INJ</i> .....67	
<i>M-NATAL PLUS TAB</i> .....69	
<i>modafinil</i> .....48	
<i>moexipril hcl</i> .....27	
<i>molindone hcl</i> .....39	
<i>mometasone furoate</i> .....77	
<i>MONJUVI</i> .....23	
<i>mono-linyah</i> .....55	
<i>montelukast sodium</i> .....72	
<i>morpheine sulfate</i> .....10	
<i>MOUNJARO</i> .....50	
<i>MOVANTIK</i> .....61	
<i>moxifloxacin hcl</i> .....17	
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> ..70	
<i>moxifloxacin hcl 400</i>	
<i>mg/250ml in sodium</i>	
<i>chloride 0.8% inj</i> .....17	
<i>MRESVIA</i> .....67	
<i>MS CONTIN</i>	
<i>see morphine sulfate</i> ...10	
<i>MULTAQ</i> .....30	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	
.....68	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	
.....68	
<i>mupirocin</i> .....75	
<i>MYCAMINE</i>	
<i>see micafungin sodium</i> 13	
<i>mycophenolate mofetil</i> ... 66	
<i>mycophenolate sodium</i> .. 67	
<i>MYFORTIC</i>	
<i>see mycophenolate</i>	
<i>sodium</i> .....67	
<i>MYRBETRIQ</i> .....62	
<i>mysoline</i>	
<i>see primidone</i> .....43	
<b>N</b>	
<i>nabumetone</i> .....9	
<i>nadolol</i> .....32	
<i>nafcillin sodium</i> .....18	
<i>NAGLAZYME</i> .....58	
<i>nalbuphine hcl</i> .....10	
<i>naloxone hcl</i> .....49	
<i>naltrexone hcl</i> .....49	
<i>NAMENDA TITRATION</i>	
<i>PAK</i>	
<i>see memantine hcl tab</i>	
<i>28 x 5 mg &amp; 21 x 10</i>	
<i>mg titration pack</i> .....35	
<i>NAMZARIC</i>	
<i>see memantine hcl-</i>	
<i>donepezil hcl cap er</i>	
<i>24hr 14-10 mg</i> .....35	
<i>see memantine hcl-</i>	
<i>donepezil hcl cap er</i>	
<i>24hr 28-10 mg</i> .....35	
<i>NAMZARIC CAP 14-10MG</i>	
.....35	
<i>NAMZARIC CAP 21-10MG</i>	
.....35	
<i>NAMZARIC CAP 28-10MG</i>	
.....35	
<i>NAMZARIC CAP 7-10MG</i>	
.....35	
<i>NAMZARIC CAP PACK</i> . 35	
<i>NAPROSYN</i>	
<i>see naproxen</i> .....9	
<i>naproxen</i> .....9	
<i>naproxen dr</i> .....9	
<i>naproxen sodium</i> .....9	
<i>naratriptan hcl</i> .....46	
<i>NARDIL</i>	
<i>see phenelzine sulfate</i> 36	
<i>nateglinide</i> .....50	
<i>NAYZILAM</i> .....42	
<i>nebivolol hcl</i> .....32	
<i>NEBUPENT</i>	
<i>see pentamidine</i>	
<i>isethionate inh</i> .....12	
<i>necon 0.5/35-28</i> .....55	
<i>nefazodone hcl</i> .....36	
<i>neomycin sulfate</i> .....12	
<i>neomycin-bacitrac zn-</i>	
<i>polymyx 5(3.5)mg-</i>	
<i>400unt-1000unt op oin</i>	
.....70	
<i>neomycin-polomy-gramicid</i>	
<i>op sol 1.75-10000-</i>	
<i>0.025mg-unt-mg/ml</i> ....70	
<i>neomycin-polymyxin-</i>	
<i>dexamethasone ophth</i>	
<i>oint 0.1%</i> .....69	
<i>neomycin-polymyxin-</i>	
<i>dexamethasone ophth</i>	
<i>susp 0.1%</i> .....69	
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	
<i>ophth susp</i> .....69	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>	
<i>soln 1%</i> .....71	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>	
<i>susp 3.5 mg/ml-10000</i>	
<i>unit/ml-1%</i> .....71	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-</i>	
<i>400unt-1000unt op oin</i>	
.....70	
<i>neo-polycin hc ophth oint</i>	
<i>1%</i> .....69	
<i>NEORAL</i>	
<i>see cyclosporine</i>	
<i>modified (for</i>	
<i>microemulsion)</i> .....66	
<i>see gengraf</i> .....66	
<i>NERLYNX</i> .....23	
<i>NEURONTIN</i>	
<i>see gabapentin</i> .....41, 42	
<i>nevirapine</i> .....14	
<i>NEXAVAR</i>	
<i>see sorafenib tosylate</i> . 24	
<i>NEXIUM</i>	

see esomeprazole	
magnesium.....	61
NEXLETOL .....	31
NEXLIZET TAB 180/10MG .....	31
NEXPLANON.....	55
niacin (antihyperlipidemic) .....	31
nicardipine hcl.....	32
NICOTROL INHALER ....	49
NICOTROL NS .....	49
nifedipine.....	32
nikki .....	55
NILANDRON	
see nilutamide.....	20
nilutamide.....	20
nimodipine.....	32
NINLARO .....	24
nitazoxanide.....	12
nitisinone.....	58
NITRO-BID.....	34
nitrofurantoin macrocrystal .....	12
nitrofurantoin monohyd	
macro.....	12
nitroglycerin.....	34
nitroglycerin (intra-anal) ..	78
NITROLINGUAL	
see nitroglycerin.....	34
NITROSTAT	
see nitroglycerin.....	34
nizatidine.....	60
nora-be.....	55
norelgestromin-ethinyl	
estradiol td ptwk 150-35	
mcg/24hr .....	55
norethindrone & ethinyl	
estradiol-fe chew tab 0.4	
mg-35 mcg .....	55
norethindrone & ethinyl	
estradiol-fe chew tab 0.8	
mg-25 mcg .....	55
norethindrone	
(contraceptive) .....	55
norethindrone ace & ethinyl	
estradiol tab 1 mg-20	
mcg.....	55
norethindrone ace & ethinyl	
estradiol tab 1.5 mg-30	
mcg .....	55
norethindrone ace & ethinyl	
estradiol-fe tab 1 mg-20	
mcg .....	55
norethindrone ace-eth	
estradiol-fe chew tab 1	
mg-20 mcg (24).....	55
norethindrone acetate .....	58
norethindrone acetate-	
ethinyl estradiol tab 0.5	
mg-2.5 mcg .....	56
norethindrone acetate-	
ethinyl estradiol tab 1	
mg-5 mcg.....	56
norethindrone ac-ethinyl	
estradiol-fe tab 1-20/1-30/1-	
35 mg-mcg .....	55
norgestimate & ethinyl	
estradiol tab 0.25 mg-35	
mcg .....	55
norgestimate-eth estrad tab	
0.18-25/0.215-25/0.25-25	
mg-mcg.....	55
norgestimate-eth estrad tab	
0.18-35/0.215-35/0.25-35	
mg-mcg.....	55
norlyroc.....	55
NORPACE	
see disopyramide	
phosphate.....	30
NORPRAMIN	
see desipramine hcl....	36
NORTHERA	
see droxidopa.....	33
nortrel 0.5/35 (28) .....	55
nortrel 1/35 (21) .....	55
nortrel 1/35 (28) .....	55
nortrel 7/7/7 .....	55
nortriptyline hcl.....	36
NORVASC	
see amlodipine besylate	
.....	32
NORVIR .....	14
see ritonavir.....	14
NOVOLIN INJ 70/30 .....	51
NOVOLIN INJ 70/30 FP .	51
NOVOLIN N .....	52
NOVOLIN N FLEXPEN ..	52
NOVOLIN R .....	52
NOVOLIN R FLEXPEN ..	52
NOVOLOG .....	52
NOVOLOG FLEXPEN....	52
NOVOLOG MIX INJ 70/30	
.....	52
NOVOLOG MIX INJ	
FLEXPEN .....	52
NOVOLOG PENFILL.....	52
NOXAFL	
see posaconazole.....	13
NUBEQA .....	20
NUEDEXTA CAP 20-10MG .....	47
NULOJIX .....	67
NUPLAZID.....	39
NURTEC .....	46
NUTRILIPID .....	69
NUVARING	
see eluring.....	54
see enilloring .....	54
see etonogestrel-ethinyl	
estradiol va ring 0.12-	
0.015 mg/24hr .....	54
see haloette.....	54
NUVIGIL	
see armodafinil.....	48
NUZYRA.....	18
nyamyc .....	76
nylia 1/35.....	55
nylia 7/7/7 .....	55
nystatin .....	13
NYSTATIN	
see nystatin (mouth-	
throat).....	79
nystatin (mouth-throat) ...	79
nystatin (topical).....	76
nystop .....	76
O	
ocella .....	55
OCTAGAM .....	66
octreotide acetate .....	58
OCUFLOX	
see ofloxacin (ophth) ..	70
ODEFSEY TAB.....	15
ODOMZO .....	24
OFEV .....	73
ofloxacin (ophth) .....	70

ofloxacin (otic).....	71
OGIVRI.....	24
OGSIVEO .....	24
OJEMDA .....	24
OJJAARA.....	24
olanzapine.....	39
olmesartan medoxomil....	30
olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg.....	29
olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg.....	29
olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-25 mg.....	29
olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg.....	29
olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg.....	29
olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg.....	29
olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg.....	29
olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg.....	29
omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm.....	31
omeprazole .....	61
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6 .....	52
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6 .....	52
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO .....	52
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS .....	52
OMNIPOD 5 LB KIT INTRO G6 .....	52
OMNIPOD 5 LB MIS PODS G6 .....	52
OMNIPOD DASH KIT INTRO .....	52
OMNIPOD DASH MIS PODS.....	52
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY .....	52
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY .....	52
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY .....	52
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY .....	52
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY .....	52
OMNIPOD MIS CLASSIC .....	52
ondansetron .....	59
ondansetron hcl .....	59
ONFI see clobazam.....	40
ONTRUZANT .....	24
ONUREG .....	19
OPIPZA .....	39
OPSUMIT .....	34
ORFADIN see nitisinone .....	58
ORGOVYX .....	20
ORKAMBI GRA 100-125	73
ORKAMBI GRA 150-188	73
ORKAMBI GRA 75-94MG .....	73
ORKAMBI TAB 100-125	73
ORKAMBI TAB 200-125	73
ORSERDU .....	20
oseltamivir phosphate ...	16
oxacillin sodium .....	18
oxaliplatin .....	19
oxcarbazepine.....	42
oxybutynin chloride.....	62
oxycodone hcl.....	10, 11
oxycodone w/ acetaminophen tab 10- 325 mg.....	11
oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5- 325 mg.....	11
oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg .....	11
oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5- 325 mg .....	11
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) .....	50
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) .....	50
OZEMPIC (1MG/DOSE). 50	
OZEMPIC (2MG/DOSE). 50	
<b>P</b>	
pacerone .....	30
paclitaxel .....	20
paclitaxel inj 100mg .....	20
paliperidone.....	39
PAMELOR see nortriptyline hcl.....	36
pamidronate disodium....	53
<b>PAMIDRONATE</b> DISODIUM.....	53
PANRETIN .....	78
pantoprazole sodium.....	61
PANZYGA .....	66
paricalcitol .....	59
<b>PARLODEL</b> see bromocriptine mesylate.....	37
<b>PARNATE</b> see tranylcypromine sulfate .....	36
paroxetine hcl.....	36
<b>PAXIL</b> see paroxetine hcl.....	36
PAXLOVID TAB 150-10016	
PAXLOVID TAB 300-10016	
pazopanib hcl.....	24
<b>PEDIAPRED</b> see prednisolone sodium phosphate.....	57
PEDIARIX INJ 0.5ML ....	67
PEDVAX HIB.....	67
peg 3350-kcl-na bicarb- nacl-na sulfate for soln 236 gm.....	60
peg 3350-kcl-sod bicarb- nacl for soln 420 gm ...	61
PEGASYS .....	16

PEMAZYRE .....	24
pemetrexed disodium.....	19
PENBRAYA INJ.....	67
penicillamine.....	53
penicillin g potassium.....	18
penicillin g sodium .....	18
penicillin v potassium .....	18
PENTACEL INJ .....	67
PENTAM 300 see pentamidine	
isethionate inj .....	12
pentamidine isethionate inh .....	12
pentamidine isethionate inj .....	12
pentoxifylline.....	63
PEPCID see famotidine.....	60
PERCOCET see endocet tab 10- 325mg.....	10
see endocet tab 2.5- 325mg.....	10
see endocet tab 5-325mg .....	10
see endocet tab 7.5- 325mg.....	10
see oxycodone w/ acetaminophen tab 10- 325 mg.....	11
see oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg .....	11
see oxycodone w/ acetaminophen tab 5- 325 mg.....	11
see oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg .....	11
PERIDEX see chlorhexidine gluconate (mouth- throat) .....	78
see periogard.....	79
perindopril erbumine .....	27
periogard.....	79
permethrin.....	78
perphenazine.....	39
pfizerpen .....	18
phenelzine sulfate.....	36
PHENERGAN see promethazine hcl .	60
phenobarbital.....	42
phenobarbital sodium....	42
phenytek.....	42
phenytoin.....	42
phenytoin sodium.....	43
phenytoin sodium extended .....	43
PHESGO SOL .....	24
philith.....	55
PIFELTRO.....	14
pilocarpine hcl.....	71
pilocarpine hcl (oral) .....	79
pimecrolimus.....	78
pimozide.....	39
pimtrea .....	55
pindolol.....	32
pioglitazone hcl .....	50
pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg .....	50
pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg .....	50
piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3- 0.375 gm) .....	18
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12- 1.5 gm) .....	18
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2- 0.25 gm) .....	18
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm).....	18
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36- 4.5 gm) .....	18
PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	24
PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	24
PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	24
pirfenidone .....	73
piroxicam.....	9
PLAQUENIL see hydroxychloroquine sulfate .....	66
PLASMA-LYTE A see multiple electrolytes ph 7.4 .....	68
PLAVIX see clopidogrel bisulfate .....	64
plenamine.....	69
PLENUV SOL .....	61
podofilox .....	78
polycin ophth oint.....	70
polymyxin b sulfate .....	12
polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml- 0.1%.....	70
POMALYST .....	20
portia-28 .....	55
posaconazole .....	13
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ .....	68
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ .....	68
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ .....	68
potassium chloride....	68, 69
POTASSIUM CHLORIDE see potassium chloride	69
potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj.....	69
potassium chloride microencapsulated crystals er .....	69
POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM see kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj.....	68
see kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj .....	68
see kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj .....	68
potassium citrate (alkalinizer) .....	62
PRADAXA see dabigatran etexilate mesylate.....	63
pramipexole dihydrochloride.....	37

<i>prasugrel hcl</i> .....	64
<i>pravastatin sodium</i> .....	31
<i>praziquantel</i> .....	12
<i>prazosin hcl</i> .....	27
PRED FORTE see <i>prednisolone acetate (ophth)</i> .....	70
<i>prednisolone</i> .....	57
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> .....	70
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP .....	70
<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....	57
<i>prednisone</i> .....	57
PREDNISONE INTENSOL .....	57
<i>pregabalin</i> .....	43
PREMASOL SOL 10%....	69
PRENATAL TAB 27-1MG .....	69
PRENATAL TAB PLUS...69	
PREVACID see <i>lansoprazole</i> .....	61
<i>prevalite</i> .....	31
PREVYMIS .....	16
PREZCOBIX TAB 800-150 .....	15
PREZISTA .....	14
see <i>darunavir</i> .....	14
PRIFTIN .....	15
<i>primaquine phosphate</i> ....13	
PRIMAQUINE PHOSPHATE.....	13
see <i>primaquine phosphate</i> .....	13
PRIMAXIN IV see <i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i> .....	12
<i>primidone</i> .....	43
PRIORIX INJ.....	67
PRISTIQ see <i>desvenlafaxine succinate</i> .....	36
PRIVIGEN.....	66
<i>probencid</i> .....	9
PROCARDIA XL see <i>nifedipine</i> .....	32
<i>prochlorperazine</i> .....	59
<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	59
<i>prochlorperazine maleate</i> .....	59
PROCRIT .....	63
<i>proctocort</i> .....	78
<i>procto-med hc</i> .....	78
<i>proctosol hc</i> .....	78
<i>protozone-hc</i> .....	78
<i>progesterone</i> .....	58
PROGLYCEM see <i>diazoxide</i> .....	57
PROGRAF .....	67
see <i>tacrolimus</i> .....	67
PROLASTIN-C.....	73
PROLENSA see <i>bromfenac sodium (ophth)</i> .....	70
PROLIA .....	53
<i>promethazine hcl</i> .....	60
PROMETRIUM see <i>progesterone</i> .....	58
<i>propafenone hcl</i> .....	30
<i>proparacaine hcl</i> .....	71
<i>propranolol hcl</i> .....	32
<i>propylthiouracil</i> .....	59
PROQUAD INJ .....	67
PROSCAR see <i>finasteride</i> .....	62
PROSOL INJ 20% .....	69
PROTONIX see <i>pantoprazole sodium</i> .....	61
<i>protriptyline hcl</i> .....	36
PROVERA see <i>medroxyprogesterone acetate</i> .....	58
PROVIGIL see <i>modafinil</i> .....	48
PROZAC see <i>fluoxetine hcl</i> .....	36
PULMICORT see <i>budesonide (inhalation)</i> .....	74
PULMOZYME .....	73
PURIXAN .....	19
<i>pyrazinamide</i> .....	15
<i>pyridostigmine bromide</i> ..	47
<i>pyrimethamine</i> .....	12
<b>Q</b>	
QINLOCK .....	24
QUADRACEL INJ 0.5ML	67
QUALAQUIN see <i>quinine sulfate</i> .....	13
QUESTRAN see <i>cholestyramine</i> ....31	
QUESTRAN LIGHT see <i>cholestyramine light</i> .....	31
see <i>prevalite</i> .....	31
quetiapine fumarate..39, 40	
quinapril hcl.....	27
<i>quinidine sulfate</i> .....	30
<i>quinine sulfate</i> .....	13
QULIPTA .....	46
<b>R</b>	
RABAVERT INJ .....	67
<i>rabeprazole sodium</i> .....	61
<i>raloxifene hcl</i> .....	58
<i>ramipril</i> .....	27
<i>ranolazine</i> .....	34
<i>rasagiline mesylate</i> .....	37
RECLAST see <i>zoledronic acid</i> ....53	
reclipsen .....	55
RECOMBIVAX HB .....	67
RECTIV see <i>nitroglycerin (intra-anal)</i> .....	78
REGLAN see <i>metoclopramide hcl</i> .....	59
REGRANEX .....	78
RELENZA DISKHALER .	16
RELISTOR .....	61
REMERON see <i>mirtazapine</i> .....	36
REMERON SOLTAB see <i>mirtazapine</i> .....	36
REMICADE .....	65
RENFLEXIS .....	65
<i>repaglinide</i> .....	50
REPATHA .....	31
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	31
REPATHA SURECLICK.	31

RESTASIS	71
RESTASIS MULTIDOSE	71
RESTORIL	
see <i>temazepam</i>	46
RETEVMO	24
RETIN-A	
see <i>tretinoin</i>	75
RETROVIR	
see <i>zidovudine</i>	14
REVATIO	
see <i>sildenafil citrate</i>	
( <i>pulmonary hypertension</i> )	34
REVUFORJ	24
REXULTI	40
REYATAZ	14
see <i>atazanavir sulfate</i>	14
REZLIDHIA	24
REZUROCK	67
RHOPRESSA	71
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	16
rifabutin	15
RIFADIN	
see <i>rifampin</i>	15
rifampin	15
riluzole	47
rimantadine hydrochloride	
.....	16
RINVOQ	65
RINVOQ LQ	65
risedronate sodium	53
RISPERDAL	
see <i>risperidone</i>	40
RISPERDAL CONSTA	
see <i>risperidone microspheres</i>	40
risperidone	40
risperidone microspheres	40
RITALIN	
see <i>methylphenidate hcl</i>	
.....	45
ritonavir	14
rivastigmine	35
rivastigmine tartrate	35
rivelsa	55
rizatriptan benzoate	46
ROCALTROL	
see <i>calcitriol</i>	59
see <i>calcitriol (oral)</i>	59
ROCKLATAN DRO	71
<i>roflumilast</i>	73
<i>ropinirole hydrochloride</i>	37
<i>rosuvastatin calcium</i>	31
ROTARIX SUS	67
ROTATEQ SOL	67
ROWASA	
see <i>mesalamine w/ cleanser</i>	60
<i>roweepra</i>	43
ROXICODONE	
see <i>oxycodone hcl</i>	11
ROZLYTREK	24
RUBRACA	24
<i>rufinamide</i>	43
RUKOBIA	14
RYBELSUS	50
RYDAPT	24
<b>S</b>	
SABRIL	
see <i>vigabatrin</i>	43
see <i>vigadron</i>	44
see <i>vigpoder</i>	44
SAFYRAL	
see <i>drospirenone-ethinylestrad-levomefibrate tab 3-0.03-0.451 mg</i>	54
see <i>tydemy</i>	56
sajazir	64
SALAGEN	
see <i>pilocarpine hcl (oral)</i>	
.....	79
SANDIMMUNE	
see <i>cyclosporine</i>	66
SANDOSTATIN	
see <i>octreotide acetate</i>	58
SANTYL	78
SAPHRIS	
see <i>asenapine maleate</i>	
.....	38
sapropterin dihydrochloride	
.....	58
SCEMBLIX	24
<i>scopolamine</i>	60
SECUADO	40
<i>selegiline hcl</i>	37
<i>selenium sulfide</i>	76
SELZENTRY	14
see <i>maraviroc</i>	14
SENSIPAR	
see <i>cinacalcet hcl</i>	57
SEREVENT DISKUS	72
SEROQUEL	
see <i>quetiapine fumarate</i>	
.....	39
SEROQUEL XR	
see <i>quetiapine fumarate</i>	
.....	39, 40
<i>sertraline hcl</i>	36
<i>setlakin</i>	55
<i>sharobel</i>	55
SHINGRIX	67
SIGNIFOR	58
SIKLOS	64
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i>	34
SILENOR	
see <i>doxepin hcl (sleep)</i>	
.....	45
SILVADENE	
see <i>silver sulfadiazine</i>	75
see <i>ssd</i>	75
<i>silver sulfadiazine</i>	75
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	71
<i>simliya</i>	55
<i>simpesse</i>	55
<i>simvastatin</i>	31
SINEMET	
see <i>carbidopa &amp; levodopa tab 10-100 mg</i>	37
see <i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-100 mg</i>	37
SINGULAIR	
see <i>montelukast sodium</i>	
.....	72
<i>sirolimus</i>	67
SIRTURO	15
SKYRIZI	65
SKYRIZI PEN	65
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	61
<i>sodium chloride</i>	69
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	78

sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln....69	see <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i> 48	see <i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i> ..... 74
SODIUM OXYBATE.....48	see <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i> ..... 48	see <i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i> ..... 74
sodium phenylbutyrate....58	see <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i> ..... 48	SYMDEKO TAB 100-15073
sodium polystyrene sulfonate powder .....53	subvenite.....43	SYMDEKO TAB 50-75MG .....73
solifenacin succinate .....62	sucralfate.....61	SYMFI
SOLIQUA INJ 100/33.....52	sulfacetamide sodium (acne).....75	see <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i> 15
SOLTAMOX.....20	sulfacetamide sodium (ophth) ..... 70	SYMFI LO
SOLU-CORTEF.....57	sulfacetamide sodium- prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)% ..... 69	see <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i> 15
<i>see hydrocortisone sod succ</i> .....57	sulfadiazine ..... 12	SYMPAZAN ..... 43
SOLU-MEDROL	sulfamethoxazole- <i>trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i> ..... 12	SYMTUZA TAB ..... 15
<i>see methylprednisolone sod succ</i> .....57	sulfamethoxazole- <i>trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i> ..... 12	SYNALAR
SOMA	sulfamethoxazole- <i>trimethoprim tab 400-80 mg</i> ..... 12	<i>see fluocinolone acetonide</i> ..... 77
<i>see carisoprodol</i> .....48	sulfamethoxazole- <i>trimethoprim tab 800-160 mg</i> ..... 12	SYNAREL ..... 58
SOMATULINE DEPOT ..58	SULFAMYLON.....76	SYNJARDY TAB 12.5-1000MG ..... 51
SOMAVERT.....58	sulfasalazine ..... 60	SYNJARDY TAB 12.5-500 .....51
sorafenib tosylate .....24	sulindac ..... 9	SYNJARDY TAB 5-1000MG ..... 50
sotalol hcl.....30	sumatriptan ..... 46	SYNJARDY TAB 5-500MG .....50
sotalol hcl (afib/afl) .....30	sumatriptan succinate ... 46, 47	SYNJARDY XR TAB 10-1000 ..... 51
SOTYKTU .....65	sunitinib malate ..... 24	SYNJARDY XR TAB 12.5-1000 ..... 51
spironolactone .....27	SUNLENCA.....14	SYNJARDY XR TAB 25-1000 ..... 51
spironolactone & <i>hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i> .....33	SUPREP BOWEL PREP KIT	SYNJARDY XR TAB 5-1000MG ..... 51
SPORANOX	<i>see sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i> .. 61	SYNTHROID ..... 59
<i>see itraconazole</i> .....13	SUTENT	<i>see euthyrox</i> ..... 58
sprintec 28 .....56	<i>see sunitinib malate</i> ... 24	<i>see levo-t</i> ..... 59
SPRITAM .....43	syeda.....56	<i>see levothyroxine sodium</i> .....59
SPRYCEL	SYMBICORT	<i>see levoxyl</i> ..... 59
<i>see dasatinib</i> .....21	<i>see breyna</i> .....74	<i>see unithroid</i> ..... 59
sps.....53		SYPRINE
sps rectal.....53		
sronyx.....56		
ssd.....75		
STELARA.....65		
STIVARGA.....24		
STRATTERA		
<i>see atomoxetine hcl</i> ....45		
streptomycin sulfate .....12		
STRIBILD TAB .....15		
STROMECTOL		
<i>see ivermectin</i> .....12		
SUBOXONE		
<i>see buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i> ....48		

see <i>trientine hcl</i> .....	53
<b>T</b>	
TABRECTA.....	24
tacrolimus.....	67
tacrolimus ( <i>topical</i> ).....	78
tadalafil.....	62
tadalafil ( <i>pulmonary hypertension</i> ).....	34
TAFINLAR.....	24
TAGRISSO .....	25
TALZENNA .....	25
TAMIFLU	
<i>see oseltamivir phosphate</i> .....	16
tamoxifen citrate .....	20
tamsulosin hcl.....	62
TARCEVA	
<i>see erlotinib hcl</i> .....	21
TARGRETIN	
<i>see bexarotene</i> .....	20
<i>see bexarotene (<i>topical</i>)</i> .....	78
tarina 24 fe .....	56
tarina fe 1/20 eq.....	56
TASIGNA .....	25
tasimelteon.....	45
TAVNEOS.....	64
tazarotene .....	76
tazicef.....	16
TAZORAC.....	76
<i>see tazarotene</i> .....	76
TAZVERIK .....	25
TECENTRIQ .....	25
TECENTRIQ INJ	
HYBREZA .....	25
TEFLARO .....	17
TEGRETOL	
<i>see carbamazepine</i> ....	40
<i>see epitol</i> .....	41
TEGRETOL-XR	
<i>see carbamazepine</i> ....	40
TEKTURNA	
<i>see aliskiren fumarate</i> .33	
telmisartan .....	30
telmisartan-amlodipine tab	
40-10 mg .....	29
telmisartan-amlodipine tab	
40-5 mg .....	29
telmisartan-amlodipine tab	
80-10 mg .....	29
telmisartan-amlodipine tab	
80-5 mg .....	29
telmisartan-	
hydrochlorothiazide tab	
40-12.5 mg .....	29
telmisartan-	
hydrochlorothiazide tab	
80-12.5 mg .....	29
telmisartan-	
hydrochlorothiazide tab	
80-25 mg .....	29
temazepam .....	46
TENIVAC INJ 5-2LF .....	67
tenofovir disoproxil fumarate .....	14
TENORETIC 100	
<i>see atenolol &amp; chlorthalidone tab 100-25 mg</i> .....	31
TENORETIC 50	
<i>see atenolol &amp; chlorthalidone tab 50-25 mg</i> .....	31
TENORMIN	
<i>see atenolol</i> .....	32
TEPMETKO .....	25
terazosin hcl.....	27
terbinafine hcl.....	13
terbutaline sulfate .....	72
terconazole vaginal.....	62
TERIPARATIDE.....	53
testosterone .....	49
testosterone cypionate ...	49
testosterone enanthate... testosterone pump.....	49
tetrabenazine .....	47
tetracycline hcl.....	18
THALOMID.....	20
THEO-24 .....	73
theophylline.....	73
thioridazine hcl.....	40
thiothixene.....	40
tiadylt er.....	33
tiagabine hcl.....	43
TIAZAC	
see <i>diltiazem hcl extended release beads</i> .....	32
<i>see tiadylt er</i> .....	33
TIBSOVO .....	25
TICOVAC .....	67
tigecycline.....	18
TIKOSYN	
<i>see dofetilide</i> .....	30
tilia fe .....	56
timolol maleate.....	32
timolol maleate ( <i>ophth</i> )... tinidazole .....	71
TIVICAY .....	14
TIVICAY PD .....	14
tizanidine hcl .....	48
TOBI PODHALER.....	12
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	
.....	69
tobramycin.....	12
tobramycin ( <i>ophth</i> ).....	70
tobramycin sulfate.....	12
tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%... tolterodine tartrate.....	69
TOPAMAX	
<i>see topiramate</i> .....	43
TOPAMAX SPRINKLE	
<i>see topiramate</i> .....	43
topiramate .....	43
TOPROL XL	
<i>see metoprolol succinate</i> .....	32
toremifene citrate .....	20
torpenz.....	25
torsemide.....	33
TOUJEO MAX SOLOSTAR	
.....	52
TOUJEO SOLOSTAR .....	52
TOVIAZ	
<i>see fesoterodine fumarate</i> .....	62
TPN ELECTROL INJ.....	69
TRACLEER	
<i>see bosentan</i> .....	34
TRADJENTA .....	51
tramadol hcl.....	11
tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg.....	11

<i>trandolapril</i> .....	27
<i>tranexamic acid</i> .....	64
<i>tranylcypromine sulfate</i> ...	36
TRAVASOL INJ 10% .....	69
TRAZIMERA.....	25
<i>trazodone hcl</i> .....	36
TRECATOR .....	15
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG .....	71
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG .....	71
TREMFYA.....	65
<i>treprostinil</i> .....	34
TRESIBA.....	52
TRESIBA FLEXTOUCH..	52
<i>tretinoi</i> n .....	75
<i>tretinoi</i> n ( <i>chemotherapy</i> )	20
<i>triamicinolone acetonide</i> ( <i>mouth</i> ) .....	79
<i>triamicinolone acetonide</i> ( <i>topical</i> ).....	77
<i>triamterene</i> & <i>hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg .....	33
<i>triamterene</i> & <i>hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg .....	33
<i>triamterene</i> & <i>hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg .....	33
TRIBENZOR	
see <i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 20-5-12.5 mg.....	29
see <i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 40-10-12.5 mg.....	29
see <i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 40-10-25 mg.....	29
see <i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 40-5-12.5 mg.....	29
see <i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i> 40-5-25 mg .....	29
TRICOR	
see <i>fenofibrate</i> .....	30
<i>tridacaine ii</i> .....	78
<i>triderm</i> .....	77
<i>trientine hcl</i> .....	53
<i>tri-estarrylla</i> .....	56
<i>trifluoperazine hcl</i> .....	40
<i>trifluridine</i> .....	70
<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	37
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG ...	51
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG .....	51
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG ...	51
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG ..	51
TRIKAFTA PAK 59.5MG	73
TRIKAFTA PAK 75MG ...	73
TRIKAFTA TAB 100-50- 75MG & 150MG .....	74
TRIKAFTA TAB 50-25- 37.5MG & 75MG .....	73
<i>tri-legest fe</i> .....	56
TRILEPTAL	
see <i>oxcarbazepine</i> ....	42
<i>tri-linyah</i> .....	56
<i>tri-lo-estarrylla</i> .....	56
<i>tri-lo-marzia</i> .....	56
<i>tri-lo-mili</i> .....	56
<i>tri-lo-sprintec</i> .....	56
<i>trimethoprim</i> .....	12
<i>tri-mili</i> .....	56
<i>trimipramine maleate</i> ....	36
TRINTELLIX.....	37
<i>tri-nymyo</i> .....	56
<i>tri-sprintec</i> .....	56
TRIUMEQ PD TAB .....	15
TRIUMEQ TAB .....	15
<i>trivora-28</i> .....	56
<i>tri-vylibra</i> .....	56
<i>tri-vylibra lo</i> .....	56
TROGARZO.....	14
TROPHAMINE INJ 10%. 69	
<i>trospium chloride</i> .....	62
TRULICITY.....	51
TRUMENBA INJ .....	67
TRUQAP .....	25
TRUVADA	
see <i>emtricitabine-</i> <i>tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab</i> 100-150 <i>mg</i> .....	15
see <i>emtricitabine-</i> <i>tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab</i> 133-200 <i>mg</i> .....	15
see <i>emtricitabine-</i> <i>tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab</i> 167-250 <i>mg</i> .....	15
see <i>emtricitabine-</i> <i>tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab</i> 200-300 <i>mg</i> .....	15
TRUXIMA .....	25
TUKYSA .....	25
TURALIO .....	25
<i>turqoz</i> .....	56
<i>twice-daily clindamycin</i> <i>phosphate (topical)</i> ....	75
TWINRIX INJ.....	67
TYBOST .....	14
<i>tydemy</i> .....	56
TYENNE .....	65
TYGACIL	
see <i>tigecycline</i> .....	18
TYKERB	
see <i>lapatinib ditosylate</i> 23	
TYPHIM VI .....	67
<b>U</b>	
UBRELVY .....	47
UCERIS	
see <i>budesonide</i> .....	60
UNASYN	
see <i>ampicillin</i> & <i>sulbactam sodium for</i> <i>inj 1.5 (1-0.5) gm</i> ....	18
see <i>ampicillin</i> & <i>sulbactam sodium for</i> <i>inj 3 (2-1) gm</i> .....	18
UNASYN BULK PACK	
see <i>ampicillin</i> & <i>sulbactam sodium for</i> <i>iv soln 15 (10-5) gm</i> 18	

<i>unithroid</i> .....	59
UROCIT-K 10 see <i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....	62
UROCIT-K 15 see <i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....	62
UROXATRAL see <i>alfuzosin hcl</i> .....	62
URSO FORTE see <i>ursodiol</i> .....	61
<i>ursodiol</i> .....	61
<b>V</b>	
VAGIFEM see <i>estradiol vaginal</i> ....	56
see <i>yuvafem</i> .....	56
valacyclovir hcl .....	16
VALCHLOR.....	78
VALCYTE see <i>valganciclovir hcl</i> ..	16
<i>valganciclovir hcl</i> .....	16
VALIUM see <i>diazepam</i> .....	41
valproate sodium.....	43
valproic acid.....	43
valsartan.....	30
valsartan- <i>hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i> .....	29
valsartan- <i>hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i> .....	29
valsartan- <i>hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i> .....	29
valsartan- <i>hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i> .....	29
valsartan- <i>hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> .....	29
VALTOCO 10 MG DOSE	43
VALTOCO 15 MG DOSE	43
VALTOCO 20 MG DOSE	43
VALTOCO 5 MG DOSE ..	43
VALTREX see <i>valacyclovir hcl</i> .....	16
VANCOCIN see <i>vancomycin hcl</i> .....	12
<i>vancomycin hcl</i> .....	12, 13
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE see <i>vancomycin hcl</i> ....	13
VANCOMYCIN INJ 1 GM13	
VANCOMYCIN INJ 500MG .....	13
VANCOMYCIN INJ 750MG .....	13
VANFLYTA.....	25
VAQTA .....	67
varenicline tartrate .....	49
varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack .....	49
VARIVAX.....	67
VASCEPA .....	31
VASERETIC see <i>enalapril maleate &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i> .....	27
VASOTEC see <i>enalapril maleate</i> .	27
VAXCHORA SUS .....	67
VELCADE see <i>bortezomib</i> .....	21
velivet .....	56
VELSIPITY .....	65
VENCLEXTA .....	25
VENCLEXTA TAB START PK .....	25
venlafaxine hcl.....	37
VENTOLIN HFA.....	72
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) .....	72
VEOZAH.....	58
verapamil hcl.....	33
VERELAN see <i>verapamil hcl</i> .....	33
VERQUVO .....	34
VERSACLOZ .....	40
VERZENIO .....	25
VESICARE see <i>solifenacin succinate</i> .....	62
vestura.....	56
VFEND see <i>voriconazole</i> .....	13
<b>VFEND IV</b> see <i>voriconazole</i> .....	13
<b>VIDAZA</b> see <i>azacitidine</i> .....	19
<i>vienna</i> .....	56
<i>vigabatrin</i> .....	43
<i>vigadron</i> .....	44
<b>VIGAFYDE</b> .....	44
<b>VIGAMOX</b> see <i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> .....	70
<i>vigpoder</i> .....	44
<b>VIIBRYD</b> see <i>vilazodone hcl</i> .....	37
<i>vilazodone hcl</i> .....	37
<b>VIMPAT</b> see <i>lacosamide</i> .....	42
see <i>lacosamide oral</i> ....	42
<i>vincristine sulfate</i> .....	20
<i>vinorelbine tartrate</i> .....	21
<i>viorele</i> .....	56
<b>VIRACEPT</b> .....	14
<b>VIREAD</b> .....	14
see <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	14
<b>VITRAKVI</b> .....	25
<b>VIVELLE-DOT</b> see <i>dotti</i> .....	56
see <i>estradiol</i> .....	56
<b>VIVITROL</b> .....	49
<b>VIZIMPRO</b> .....	25
<b>VONJO</b> .....	25
<b>VORANIGO</b> .....	25
<i>voriconazole</i> .....	13
<b>VOSEVI TAB</b> .....	16
<b>VOTRIENT</b> see <i>pazopanib hcl</i> .....	24
<b>VOWST CAP</b> .....	61
<b>VRAYLAR</b> .....	40
<i>vyfemla</i> .....	56
<i>vylibra</i> .....	56
<b>VYTORIN</b> see <i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i> .....	31
see <i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i> .....	31

see <i>ezetimibe-simvastatin tab</i> 10-40 mg.....31	XIFAXAN ..... 61	see <i>drospirenone-ethinylestradiol tab 3-0.02 mg</i> ..... 54
see <i>ezetimibe-simvastatin tab</i> 10-80 mg.....31	XIGDUO XR TAB 10-1000 ..... 51	see <i>jasmiel</i> ..... 54
VYZULTA ..... 71	XIGDUO XR TAB 10-500MG ..... 51	see <i>loryna</i> ..... 55
<b>W</b>	XIGDUO XR TAB 2.5-1000 ..... 51	see <i>nikki</i> ..... 55
warfarin sodium ..... 63	XIGDUO XR TAB 5-1000MG ..... 51	see <i>vestura</i> ..... 56
water for irrigation, sterile irrigation soln.....78	XIGDUO XR TAB 5-500MG ..... 51	YF-VAX INJ ..... 67
WELCHOL	XiIDRA ..... 71	yuvafem ..... 56
see <i>colesevelam hcl</i> ....31	XOFLUZA ..... 16	<b>Z</b>
WELIREG ..... 20	XOLAIR ..... 74	zafemy ..... 56
WELLBUTRIN SR	XOSPATA ..... 25	zafirlukast ..... 72
see <i>bupropion hcl</i> .....35	XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) ..... 26	zaleplon ..... 46
WELLBUTRIN XL	XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) ..... 25	ZANAFLEX
see <i>bupropion hcl</i> .....35	XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) ..... 25	see <i>tizanidine hcl</i> ..... 48
wera.....56	XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) ..... 26	ZARONTIN
WESTAB PLUS TAB 27-1MG ..... 69	XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) ..... 26	see <i>ethosuximide</i> ..... 41
wixela inhub.....75	XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) ..... 26	ZARXIO ..... 63
wymzya fe ..... 56	XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) ..... 26	ZEGALOGUE ..... 57
<b>X</b>	XTANDI ..... 20	ZEJULA ..... 26
XALATAN	xulane ..... 56	ZELBORAF ..... 26
see <i>latanoprost</i> .....71	XULTOPHY INJ 100/3.6 ..... 52	ZEMAIRA ..... 74
XALKORI ..... 25	XYLOCAINE	ZEMPLAR
XANAX	see <i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> ..... 9	see <i>paricalcitol</i> ..... 59
see <i>alprazolam</i> .....34	XYLOCAINE-MPF	zenatane ..... 75
XARELTO ..... 63	see <i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> ..... 9	ZENPEP CAP 1000UNT
XARELTO STAR TAB 15/20MG ..... 63	Y	..... 61
XATMEP ..... 66	YASMIN 28	ZENPEP CAP 1500UNT
XCOPRI ..... 44	see <i>drospirenone-ethinylestradiol tab 3-0.03 mg</i> ..... 54	..... 61
XCOPRI PAK 100-150....44	see <i>ocella</i> ..... 55	ZENPEP CAP 2000UNT
XCOPRI PAK 12.5-25....44	see <i>syeda</i> ..... 56	..... 61
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE).....44	see <i>zumandimine</i> ..... 56	ZENPEP CAP 2500UNT
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION).....44	YAZ	..... 61
XCOPRI PAK 50-100MG44	see <i>drospirenone-ethinylestradiol tab 3-0.03 mg</i> ..... 54	ZENPEP CAP 3000UNIT61
XDEMVY ..... 70	see <i>ocella</i> ..... 55	ZENPEP CAP 4000UNT
XELJANZ ..... 65	see <i>syeda</i> ..... 56	..... 61
XELJANZ XR ..... 65	see <i>zumandimine</i> ..... 56	ZENPEP CAP 5000UNIT61
XENAZINE	see <i>zumandimine</i> ..... 56	ZENPEP CAP 6000UNT
see <i>tetrabenazine</i> .....47	YAZ	..... 61
XERMELO ..... 61	ZESTORETIC	
XGEVA ..... 53	see <i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> ..... 27	
XHANCE ..... 74	see <i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> ..... 27	
	see <i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> ..... 27	

ZESTRIL	see <i>lisinopril</i>	27	see <i>simvastatin</i>	31	zovia 1/35	56
ZETIA	see <i>ezetimibe</i>	31	zoledronic acid	53	ZTALMY	44
ZIAGEN	see <i>abacavir sulfate</i>	13	ZOLINZA	26	zumandimine	56
zidovudine		14	ZOLOFT		ZURZUVAE	37
ziprasidone hcl		40	see <i>sertraline hcl</i>	36	ZYDELIG	26
ziprasidone mesylate		40	zolpidem tartrate	46	ZYKADIA	26
ZIRABEV		26	ZONEGRAN		ZYLET SUS 0.5-0.3%	69
ZIRGAN		70	see <i>zonisamide</i>	44	ZYPREXA	
ZITHROMAX	see <i>azithromycin</i>	17	ZONISADE	44	see <i>olanzapine</i>	39
ZOCOR			zonisamide	44	ZYTIGA	
			ZORTRESS		see <i>abiraterone acetate</i>	
			see <i>everolimus</i>		.....	19
			(immunosuppressant)		ZYVOX	
			.....	66	see <i>linezolid</i>	12

# Aviso de no discriminación



Johns Hopkins Advantage MD (HMO) y Johns Hopkins Advantage MD (PPO) cumplen con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal) edad, discapacidad o sexo (de acuerdo con la definición de discriminación sexual descrita en el Título 45, Sección 92.101(a)(2) del Código de Regulaciones Federales). Johns Hopkins Advantage MD no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Johns Hopkins Advantage MD:

- Ofrece adaptaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados a las personas con discapacidades, incluidos intérpretes cualificados e información en formatos alternativos, como braille o letra grande, de forma gratuita y oportuna, siempre que dichas adaptaciones, ayudas y servicios, sean necesarios para garantizar la accesibilidad y la igualdad de oportunidades de participación a las personas con discapacidades.
- Ofrece servicios de asistencia lingüística, incluida la traducción electrónica y escrita de documentos y la interpretación oral, de forma gratuita y en el momento oportuno, cuando dichos servicios sean una medida razonable para proporcionar un acceso significativo a una persona con un dominio limitado del inglés.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con nuestro Departamento de Atención al Cliente llamando al 1-877-293-5325 (TTY: 711) o visite [www.HopkinsMedicare.com](http://www.HopkinsMedicare.com).

Si considera que Johns Hopkins Advantage MD no le ha ofrecido estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: El Johns Hopkins Grievance Compliance Coordinator en 7231 Parkway Dr., Suite 100, Hanover, MD 21076, teléfono: 1-844-422-6957 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a .m. a 5:00 p. m. o 1-844-SPEAK2US (1-844-773-2528, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana), fax: 1-410-762-1527 o por correo electrónico: [compliance@jhhp.org](mailto:compliance@jhhp.org).

Puede presentar una queja en persona, o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, un coordinador de cumplimiento de Johns Hopkins Advantage MD está a su disposición para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo postal o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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 04/01/2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO), al 1-877-293-4998 (para usuarios de TTY, 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com).