

2026

FORMULARIO Y LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)

POR FAVOR, LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Identificador de envío del archivo de formulario aprobado por el Sistema de Gestión de Planes de Salud (Health Plan Management System, HPMS): 00026105.

Este formulario fue actualizado el **1 de Mayo** de 2026. Para ver información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Johns Hopkins Advantage MD (HMO) al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite 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 en este formulario (formulario) dice “nosotros” o “nuestro”, hace referencia a Johns Hopkins Advantage MD. Cuando menciona “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO).

Este documento contiene el listado de medicamentos (formulario) de nuestro plan que está actualizado al 1 de Mayo de 2026. Para obtener un formulario actualizado, por favor póngase en contacto 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/coaseguro pueden cambiar el 1 de enero del 2026 y algunas veces durante el año.

¿Cuál es el formulario de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)?

En este documento, utilizamos los términos Lista de medicamentos y formulario para referirnos a 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 de venta con receta se despachen en una farmacia de la red del plan y se siguen otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de cobertura. Para obtener una lista completa de todos los medicamentos de venta con receta cubiertos por nuestro plan, por favor visite nuestra página web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1 de enero, pero podemos agregar o quitar medicamentos de la lista en el transcurso del año, moverlos a niveles de costo compartido diferentes o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al hacer estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web, disponible aquí: [Qué está cubierto | Johns Hopkins Advantage MD](#)

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

- **Sustituciones inmediatas de determinadas nuevas versiones de medicamentos de marca y productos biológicos originales** Podemos retirar de inmediato un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos por una nueva versión específica de ese mismo medicamento, que se incluya en el mismo nivel de copago o en uno inferior, y que mantenga las mismas o menores restricciones. Cuando incorporamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir conservar el medicamento de marca o el producto biológico original, pero cambiarlo de nivel de copago de manera inmediata o agregarle nuevas restricciones.

Podemos efectuar estos cambios inmediatos únicamente cuando agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o cuando incorporamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya figuraba en el formulario (por ejemplo, al incluir un biosimilar intercambiable que una farmacia puede sustituir por el producto biológico original sin necesidad de una nueva receta médica).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le avisemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato; sin embargo, posteriormente le proporcionaremos información sobre el o los cambios específicos que hayamos realizado.

Si efectuamos dicho cambio, usted o su médico podrán solicitar una excepción para que continuemos cubriendo el medicamento que está siendo modificado. Para obtener más información, consulte la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)?”

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

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si un medicamento es retirado del mercado por el fabricante, o si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que debe retirarse por motivos de seguridad o eficacia, podremos eliminar el medicamento de nuestro formulario de manera inmediata y, posteriormente, notificaremos a los miembros que lo utilicen.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca actualmente incluido en el formulario; o incorporar un nuevo biosimilar para sustituir un producto biológico original que figure actualmente en el formulario; o bien agregar nuevas restricciones, o mover un medicamento que mantenemos en el formulario a un nivel superior de copago, o ambas cosas, después de añadir un medicamento equivalente. También podemos realizar cambios basándonos en nuevas guías clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos requisitos de autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada sobre un medicamento, o trasladamos un medicamento a un nivel superior de copago, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia. De manera alternativa, cuando un miembro solicite un resurtido del medicamento, podrá recibir un suministro de 30 días del mismo junto con una notificación sobre el cambio.

Si realizamos estos otros cambios, usted o su médico tratante podrán solicitarnos una excepción para que continuemos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le enviaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y podrá encontrar información adicional en la sección que figura más abajo titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)?”

Cambios que no lo afectarán si usted está tomando actualmente el medicamento. Por lo general, si usted está tomando un medicamento incluido en nuestro formulario del 2026 y que estaba bajo cobertura al comienzo del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2026, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán disponibles al mismo costo compartido y sin restricciones nuevas para aquellos miembros que lo estén tomando por el resto del año de la cobertura. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1 de Mayo de 2026 próximo año, dichos cambios lo afectarían y es importante que consulte el formulario en el nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente al 1 de enero de 2026. Para obtener información actualizada sobre los fármacos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. En caso de que se produzcan cambios en el formulario que no sean de mantenimiento a mitad de año, los formularios se actualizarán mensualmente y se publicarán en nuestro sitio web.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Condición médica

El vademécum comienza en la página 11. 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 11. 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. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien que los medicamentos de marca y, además, suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos de remplazo disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente pueden sustituirse por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes de cada estado.

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

En el formulario, cuando decimos medicamentos, esto puede referirse a un medicamento o a un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que presentan una estructura más compleja que los fármacos comunes. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, cuentan con alternativas que se denominan biosimilares. En general, los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico original y pueden tener un costo menor. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales,

1 de Mayo de 2026

pueden sustituirse por el medicamento biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, del mismo modo que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por los de marca.

Para la información sobre los tipos de medicamentos, consulte el documento Evidencia de cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, “La “Lista de medicamentos” le 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 surtir sus medicamentos de venta con receta. 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 requisitos adicionales o límites al buscar en el vademécum que comienza en la página 10. En nuestro sitio de internet también puede obtener más información acerca de las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos. Hemos publicado en línea unos documentos que explican nuestras restricciones con respecto a la autorización previa y la 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 Select (HMO)?” en la página 5 para ver información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta libre?

Los medicamentos de venta libre (por sus siglas en inglés, OTC) son aquellos que se venden sin receta médica y que por lo general no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Nuestro plan paga por ciertos medicamentos de venta libre. Nuestro plan le proporcionará estos medicamentos de venta libre sin costo alguno. El costo de estos medicamentos de venta libre para nuestro plan no contará en los costos totales de su Parte D.

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

Si su medicamento no está incluido en este formulario (listado 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, muéstrésela 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. Revise más abajo para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de Johns Hopkins Advantage MD Select (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, incluidas la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad para su medicamento. Por ejemplo, nuestro plan limita la cantidad que cubriremos de determinados medicamentos. 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 un nivel de copago más bajo o la aplicación de la restricción no resultaran igual de eficaces para usted y/o pudieran causarle efectos adversos.

Usted o su médico tratante deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción del formulario, incluyendo una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, su médico deberá explicar los motivos médicos por los cuales usted necesita dicha 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 considera, y nosotros coincidimos, que su salud podría verse gravemente afectada al esperar hasta 72 horas por una decisión. Si estamos de acuerdo, o si su médico solicita una decisión acelerada, debemos darle una respuesta a más tardar dentro de las 24 horas después de recibir la declaración justificativa de su médico.

1 de Mayo de 2026

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no figura 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 bien, puede estar tomando un medicamento que sí aparece en el formulario, pero que tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debería hablar con el profesional que receta sobre la posibilidad de solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que sí esté cubierto, o presentar una solicitud de excepción al formulario para que podamos cubrir el medicamento que usted utiliza. Mientras usted y su médico determinan cuál es la mejor opción en su caso, es posible que cubramos su medicamento en ciertas circunstancias durante los primeros 90 días desde que se convierte en miembro de nuestro plan.

Para cada medicamento que no esté incluido en nuestro formulario o tenga una restricción de cobertura, le proporcionaremos 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 la cobertura no se aprueba después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si usted ha sido miembro del plan por 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 como miembro del 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 más información detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de Johns Hopkins Advantage MD Select (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 con receta de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

1 de Mayo de 2026

Y0124_HMOSeFormulary1025_C

Formulario de Johns Hopkins Advantage MD Select (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 el listado, 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 le exige a usted o a su proveedor obtener autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará recibir nuestra aprobación antes de surtir sus recetas. 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 ofrece 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 sirven para tratar su trastorno médico, 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 de nivel de este medicamento no se aplique a usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro de un mes. Llame a Servicio de Atención al Cliente para conocer el costo estimado.

EX - Este medicamento con receta no lo cubre normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare. La cantidad que pague cuando surta una receta de este medicamento no cuenta para el costo total de sus medicamentos (esto es, la cantidad que paga no lo ayuda a calificar para cobertura catastrófica). Además, si recibe ayuda adicional para pagar por sus recetas, no obtendrá ninguna ayuda adicional para pagar por este medicamento.

* - Sin suministro de días extendidos. No disponible para un suministro extendido (a largo plazo).

1 de Mayo de 2026

Y0124_HMOSeFormulary1025_C

Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)		
Deducible: \$250		
Usted no pagará más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto, sin importar el nivel del costo compartido aún si no ha pagado su deducible		
Nivel de costo compartido	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (en la red)	Costo compartido estándar de pedido por correo (en la red)
Nivel 1 de costo compartido (genérico preferido)	Copago de \$0 para 30 días de suministro Copago de \$0 para 60 días de suministro Copago de \$0 por 90 días de suministro	Copago de \$0 para 30 días de suministro Copago de \$0 para 60 días de suministro Copago de \$0 por 90 días de suministro
Nivel 2 de costo compartido (genérico)	Copago de \$10 por 30 días de suministro Copago de \$15 por 60 días de suministro Copago de \$20 por 90 días de suministro	Copago de \$10 por 30 días de suministro Copago de \$15 por 60 días de suministro Copago de \$20 por 90 días de suministro
Nivel 3 de costo compartido (marcas preferidas)	Coaseguro del 25 % por 30 días de suministro Coaseguro del 25 % por 60 días de suministro Coaseguro del 25 % por 90 días de suministro	Coaseguro del 25 % por 30 días de suministro Coaseguro del 25 % por 60 días de suministro Coaseguro del 25 % por 90 días de suministro
Nivel 4 de costo compartido (medicamento no preferido)	Coaseguro del 25 % por 30 días de suministro Coaseguro del 25 % por 60 días de suministro Coaseguro del 25 % por 90 días de suministro	Coaseguro del 25 % por 30 días de suministro Coaseguro del 25 % por 60 días de suministro Coaseguro del 25 % por 90 días de suministro

1 de Mayo de 2026

Y0124_HMOSeFormulary1025_C

Nivel 5 de costo compartido (nivel de especialidad)	Coaseguro del 30 % por 30 días de suministro (solamente)
---	--

NOTA:

- Los medicamentos se proveen en un centro de cuidados a largo plazo para un suministro de hasta 31 días.
- Los medicamentos del nivel 5 solo están disponibles por 30 días de suministro.
- El pedido por correo está disponible para pedir cómodamente hasta un suministro de medicamentos para 100 días en el Nivel 1 y un suministro para 90 días de medicamentos del Nivel 2 al Nivel 4. 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.

Cobertura de medicamentos adicionales

Advantage MD cubre los siguientes medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Estos medicamentos excluidos cubiertos están cubiertos en el Nivel 2 e incluyen vitaminas recetadas seleccionadas, medicamentos para la tos y el resfriado y medicamentos para la disfunción eréctil.

Tenga en cuenta que: Los costos de los medicamentos excluidos que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare no contarán para los costos totales de medicamentos recetados de Medicare ni para los gastos de bolsillo anuales.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos /límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos /límites
<i>Tos y resfriado</i>			<i>Salud de los hombres</i>		
Benzonatato 150 mg cápsula oral	2	EJEMPLO	Sildenafil comprimidos 100mg QL (6 comprimidos / 30 días)	2	QL EX
Benzonatato cápsula 100mg	2	EJEMPLO	Sildenafil comprimidos 25mg QL (6 comprimidos / 30 días)	2	QL EX
Benzonatato cápsula 200mg	2	EJEMPLO	Sildenafil comprimidos 50mg QL (6 comprimidos / 30 días)	2	QL EX
Brom/Pse/Dm jarabe 2/30/10	2	EJEMPLO	<i>Vitaminas recetadas</i>		
Prometazina jarabe VC 6.25-5mg/5ml	2	EJEMPLO	Ácido fólico comprimidos 1 mg	2	EJEMPLO
Prometazina/codeína solución 6.25-10mg/5m	2	EJEMPLO	Cianobalamina 1000 mcg/ml inyectable	2	EJEMPLO
Prometazina solución DM	2	EJEMPLO	Nascobal Spr 500mcg	2	EJEMPLO
			Vitamina B12 1 mg/ml Solución inyectable	2	EJEMPLO
			Comprimidos de Vitamina D2 50,000IU	2	EJEMPLO

1 de Mayo de 2026

Y0124_HMOSeFormulary1025_C

Johns Hopkins Advantage MD (HMO)

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVE REQUISITOS / L LIMITES ANALGESICS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION GOUT - DRUGS TO TREAT GOUT

<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	1	
<i>colchicine</i> TABS .6mg QL (120 tabs / 30 days)	3	QL
<i>colchicine w/ probenecid tab</i> 0.5-500 mg	3	
<i>probenecid</i> TABS 500mg	3	

MISCELLANEOUS

<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> (generic of XYLOCAINE-MPF) SOLN .5%, 1%, 1.5%	3	B/D
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> (generic of XYLOCAINE) SOLN .5%, 1%, 2%	3	B/D

NSAIDS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION

<i>celecoxib</i> (generic of CELEBREX) CAPS 50mg, 100mg, 200mg QL (60 caps / 30 days)	3	QL
<i>celecoxib</i> (generic of CELEBREX) CAPS 400mg QL (30 caps / 30 days)	3	QL
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg QL (120 tabs / 30 days)	2	QL
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg	3	
<i>diclofenac sodium</i> TBEC 25mg, 50mg, 75mg	2	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	3	
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	3	
<i>etodolac</i> (generic of LODINE) TABS 400mg	3	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	3	
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	3	
<i>ibuprofen</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVE REQUISITOS / L LIMITES

<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	2	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	1	
<i>naproxen</i> TBEC 375mg QL (120 tabs / 30 days)	2	QL
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	3	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	3	
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	2	

OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING

<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr, 87.5mcg/hr, 100mcg/hr QL (10 patches / 30 days)	4	QL PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 100mg, 120mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml QL (450 mL / 30 days)	3	QL PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg QL (90 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>methadone hydrochloride i</i> (generic of METHADOSE) CONC 10mg/ml QL (90 mL / 30 days)	3	QL PA
<i>morphine sulfate</i> (generic of MS CONTIN) TBCR 15mg, 30mg, 60mg QL (90 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 100mg, 200mg QL (90 tabs / 30 days)	3	QL PA

OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING

<i>acetaminophen w/ codeine soln</i> 120-12 mg/5ml QL (2700 mL / 30 days)	3	QL
--	---	----

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i> QL (400 tabs / 30 days)	2	QL
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i> QL (360 tabs / 30 days)	2	QL
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i> QL (180 tabs / 30 days)	2	QL
<i>butorphanol tartrate SOLN 1mg/ml, 2mg/ml</i>	4	
<i>endocet tab 2.5-325mg</i> QL (360 tabs / 30 days)	3	QL
<i>endocet tab 5-325mg (generic of PERCO CET)</i> QL (360 tabs / 30 days)	3	QL
<i>endocet tab 7.5-325mg (generic of PERCO CET)</i> QL (240 tabs / 30 days)	3	QL
<i>endocet tab 10-325mg (generic of PERCO CET)</i> QL (180 tabs / 30 days)	3	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i> QL (2700 mL / 30 days)	4	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i> QL (240 tabs / 30 days)	3	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i> QL (180 tabs / 30 days)	3	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i> QL (180 tabs / 30 days)	3	QL
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i> QL (150 tabs / 30 days)	3	QL
<i>hydromorphone hcl (generic of DILAUDID) LIQD 1mg/ml</i> QL (600 mL / 30 days)	4	QL
<i>hydromorphone hcl (generic of DILAUDID) TABS 2mg, 4mg, 8mg</i> QL (180 tabs / 30 days)	3	QL
<i>morphine sulfate SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml</i>	4	B/D
<i>morphine sulfate SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml</i> QL (900 mL / 30 days)	3	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>morphine sulfate SOLN 100mg/5ml</i> QL (180 mL / 30 days)	3	QL
<i>morphine sulfate TABS 15mg, 30mg</i> QL (180 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxycodone hcl CONC 100mg/5ml</i> QL (180 mL / 30 days)	4	QL
<i>oxycodone hcl SOLN 5mg/5ml</i> QL (900 mL / 30 days)	4	QL
<i>oxycodone hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg</i> QL (180 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxycodone hcl (generic of ROXICODONE) TABS 15mg, 30mg</i> QL (180 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i> QL (360 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg (generic of PERCO CET)</i> QL (360 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg (generic of PERCO CET)</i> QL (240 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg (generic of PERCO CET)</i> QL (180 tabs / 30 days)	3	QL
<i>tramadol hcl TABS 50mg</i> QL (240 tabs / 30 days)	2	QL
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i> QL (240 tabs / 30 days)	2	QL

ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS

ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS

<i>albendazole TABS 200mg</i> QL (672 tabs / year)	4	QL PA
<i>amikacin sulfate SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	
<i>ARIKAYCE SUSP 590mg/8.4ml</i>	5	* NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>atovaquone</i> (generic of MEPRON) SUSP 750mg/5ml QL (300 mL / 30 days)	4	QL PA
<i>aztreonam</i> (generic of AZACTAM) SOLR 1gm, 2gm	4	
BLUJEPa TABS 750mg	3	
CAYSTON SOLR 75mg	5	* NM PA
<i>clindamycin hcl</i> (generic of CLEOCIN) CAPS 75mg, 150mg, 300mg	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> (generic of CLEOCIN PEDIATRIC GRANULE) SOLR 75mg/5ml	4	
<i>clindamycin phosphate</i> (generic of CLEOCIN PHOSPHATE) SOLN 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml	3	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	4	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	4	
<i>colistimethate sodium</i> (generic of COLY-MYCIN M) SOLR 150mg	4	
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	3	
DAPATOMYCIN SOLR 350mg	5	*
<i>daptomycin</i> (generic of DAPATOMYCIN) SOLR 350mg	5	*
<i>daptomycin</i> SOLR 500mg	5	*
EMVERM CHEW 100mg QL (12 tabs / year)	5	* QL
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	3	
<i>fosfomicin tromethamine</i> PACK 3gm	4	
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	3	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	3	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i> (generic of PRIMAXIN IV)	4	
IMPAVIDO CAPS 50mg	5	* PA
<i>ivermectin</i> (generic of STROMECTOL) TABS 3mg QL (20 tabs / 90 days)	3	QL PA
<i>ivermectin</i> TABS 6mg QL (10 tabs / 90 days)	3	QL PA
<i>linezolid</i> (generic of ZYVOX) SOLN 600mg/300ml	4	
<i>linezolid</i> (generic of ZYVOX) SUSR 100mg/5ml QL (1800 mL / 30 days)	5	* QL
<i>linezolid</i> TABS 600mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL
LINEZOLID INJ 2MG/ML	4	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	4	
<i>meropenem</i> (generic of MEROPENEM) SOLR 2gm	4	
<i>methenamine hippurate</i> (generic of HIPREX) TABS 1gm	3	
<i>metronidazole</i> (generic of METRONIDAZOLE) SOLN 500mg/100ml	3	
<i>metronidazole</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	2	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg QL (6 tabs / 30 days)	5	* QL
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> (generic of MACRODANTIN) CAPS 50mg, 100mg	3	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> (generic of MACROBID) CAPS 100mg	3	
<i>pentamidine isethionate inh</i> (generic of NEBUPENT) SOLR 300mg	4	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> (generic of PENTAM 300) SOLR 300mg	4	
<i>polymyxin b sulfate</i> SOLR 500000unit	4	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	4	
<i>pyrimethamine</i> (generic of DARAPRIM) TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL PA
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	5	*
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	5	*
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i> (generic of BACTRIM)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i> (generic of BACTRIM DS)	1	
<i>tinidazole</i> TABS 250mg, 500mg	3	
TOBI PODHALER CAPS 28mg	5	* NM PA
<i>tobramycin</i> (generic of KITABIS PAK) NEBU 300mg/5ml	5	* NM PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 80mg/2ml	3	
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	3	
<i>vancomycin hcl</i> (generic of VANCOCIN) CAPS 125mg QL (80 caps / 180 days)	4	QL
<i>vancomycin hcl</i> (generic of VANCOCIN) CAPS 250mg QL (160 caps / 180 days)	4	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>vancomycin hcl</i> (generic of VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE) SOLR 1.25gm, 750mg	4	
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg	4	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	4	
VANCOMYCIN INJ 500MG	4	
VANCOMYCIN INJ 750MG	4	
ANTIFUNGALS - DRUGS TO TREAT FUNGAL INFECTIONS		
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	4	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> (generic of AMBISOME) SUSR 50mg	5	* B/D
<i>caspofungin acetate</i> (generic of CASPOFUNGIN ACETATE) SOLR 50mg, 70mg	4	
CRESEMBA CAPS 74.5mg, 186mg	5	* PA
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml; TABS 50mg	3	
<i>fluconazole</i> (generic of DIFLUCAN) SUSR 40mg/ml	3	
<i>fluconazole</i> TABS 100mg, 200mg	2	
<i>fluconazole</i> (generic of DIFLUCAN) TABS 150mg	2	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i>	3	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	3	
<i>flucytosine</i> (generic of ANCOBON) CAPS 250mg, 500mg	5	* PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	4	
<i>itraconazole</i> (generic of SPORANOX) CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	4	QL
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	3	PA
<i>miconazole sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	4	
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	3	
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg QL (93 tabs / 30 days)	5	* QL PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg QL (30 tabs / 30 days) PA applies after a 90 day supply in a calendar year	2	QL PA
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND IV) SOLR 200mg	4	PA
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND) SUSR 40mg/ml QL (600 mL / 28 days)	5	* QL PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg QL (480 tabs / 30 days)	4	QL
<i>voriconazole</i> TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	4	QL
ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 62.5-25 mg (generic of MALARONE)	4	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 250-100 mg (generic of MALARONE)	4	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	4	
COARTEM TAB 20-120MG	4	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	3	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	3	
<i>primaquine phosphate</i> (generic of PRIMAQUINE PHOSPHATE) TABS 26.3mg	3	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	4	PA
ANTIRETROVIRAL AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
<i>abacavir sulfate</i> (generic of ZIAGEN) SOLN 20mg/ml	4	NM
<i>abacavir sulfate</i> TABS 300mg	4	NM
APTIVUS CAPS 250mg	5	* NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg	4	NM
<i>atazanavir sulfate</i> (generic of REYATAZ) CAPS 200mg, 300mg	4	NM
<i>darunavir</i> (generic of PREZISTA) TABS 600mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL NM
<i>darunavir</i> (generic of PREZISTA) TABS 800mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL NM
EDURANT TABS 25mg	5	* NM

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
EDURANT PED TBSO 2.5mg	5	* NM
<i>efavirenz</i> TABS 600mg	4	NM
<i>emtricitabine</i> (generic of EMTRIVA) CAPS 200mg	4	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	4	NM
<i>etravirine</i> (generic of INTELENCE) TABS 100mg, 200mg	5	* NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	5	* NM
INTELENCE TABS 25mg	4	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	4	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	5	* NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	5	* NM
<i>lamivudine</i> (generic of EPIVIR) SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	3	NM
<i>maraviroc</i> (generic of SELZENTRY) TABS 150mg, 300mg	5	* NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TB24 400mg	4	NM
<i>nevirapine</i> TABS 200mg	2	NM
NORVIR PACK 100mg	4	NM
PIFELTRO TABS 100mg	5	* NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml QL (400 mL / 30 days)	5	* QL NM
PREZISTA TABS 75mg QL (480 tabs / 30 days)	4	QL NM
PREZISTA TABS 150mg QL (240 tabs / 30 days)	5	* QL NM
REYATAZ PACK 50mg	5	* NM
<i>rilpivirine hcl</i> (generic of EDURANT) TABS 25mg	5	* NM
<i>ritonavir</i> (generic of NORVIR) TABS 100mg	3	NM
RUKOBIA TB12 600mg	5	* NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml	5	* NM
SUNLENCA TABS 300mg; TBPK 300mg	5	* NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (generic of VIREAD) TABS 300mg	4	NM
TIVICAY TABS 50mg	5	* NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	5	* NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5	* NM

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
TYBOST TABS 150mg	3	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	* NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	* NM
<i>zidovudine</i> (generic of RETROVIR) CAPS 100mg	4	NM
<i>zidovudine</i> (generic of RETROVIR) SYRP 50mg/5ml	3	NM
<i>zidovudine</i> TABS 300mg	3	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	4	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	5	* NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	5	* NM
CIMDUO TAB 300-300	5	* NM
DELSTRIGO TAB	5	* NM
DESCOVY TAB 120-15MG	5	* NM
DESCOVY TAB 200/25MG	5	* NM
DOVATO TAB 50-300MG	5	* NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	4	NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	5	* NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i> (generic of SYMFI)	5	* NM
<i>emtricitabine- rilpivirine-tenofovir df tab 200-25-300 mg</i> (generic of COMPLERA)	5	* NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i> (generic of TRUVADA)	4	NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i> (generic of TRUVADA)	5	* NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i> (generic of TRUVADA)	4	NM

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i> (generic of TRUVADA)	4	NM
EVOTAZ TAB 300-150	5	* NM
GENVOYA TAB	5	* NM
JULUCA TAB 50-25MG	5	* NM
KALETRA SOL	4	NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	4	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i> (generic of KALETRA)	4	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i> (generic of KALETRA)	4	NM
ODEFSEY TAB	5	* NM
PREZCOBIX TAB 675/150	5	* NM
PREZCOBIX TAB 800-150	5	* NM
STRIBILD TAB	5	* NM
SYMTUZA TAB	5	* NM
TRIUMEQ PD TAB	4	NM
TRIUMEQ TAB	5	* NM
ANTITUBERCULAR AGENTS - DRUGS TO TREAT TUBERCULOSIS		
<i>cycloserine</i> CAPS 250mg	5	*
<i>ethambutol hcl</i> TABS 100mg, 400mg	3	
<i>isoniazid</i> SYRP 50mg/5ml	4	
<i>isoniazid</i> TABS 100mg, 300mg	1	
PRIFTIN TABS 150mg	4	
<i>pyrazinamide</i> TABS 500mg	4	
<i>rifabutin</i> CAPS 150mg	4	
<i>rifampin</i> CAPS 150mg, 300mg	3	
<i>rifampin</i> (generic of RIFADIN) SOLR 600mg	4	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	5	* NM PA
ANTIVIRALS - DRUGS TO TREAT VIRAL INFECTIONS		
<i>acyclovir</i> CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg	2	
<i>acyclovir</i> SUSP 200mg/5ml	4	
<i>acyclovir sodium</i> SOLN 50mg/ml	4	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	4	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	5	* NM ST

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>entecavir</i> (generic of BARACLUDE) TABS .5mg, 1mg	4	NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	5	* NM PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	5	* NM PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	5	* NM PA
EPCLUSA TAB 400-100	5	* NM PA
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	3	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	4	B/D
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	3	NM
LIVTENCITY TABS 200mg QL (336 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
MAVYRET PAK 50-20MG	5	* NM PA
MAVYRET TAB 100-40MG	5	* NM PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg QL (168 caps / year)	3	QL
<i>oseltamivir phosphate</i> (generic of TAMIFLU) CAPS 45mg, 75mg QL (84 caps / year)	3	QL
<i>oseltamivir phosphate</i> (generic of TAMIFLU) SUSR 6mg/ml QL (1080 mL / year)	3	QL
PAXLOVID PAK QL (22 tabs / 90 days)	2	QL
PAXLOVID TAB 150-100 QL (40 tabs / 90 days)	2	QL
PAXLOVID TAB 300-100 QL (60 tabs / 90 days)	2	QL
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	5	* NM PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg QL (28 tabs / 28 days)	5	* QL PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister QL (6 inhalers / year)	3	QL
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	3	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	4	
<i>valacyclovir hcl</i> (generic of VALTREX) TABS 1gm, 500mg	3	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>valganciclovir hcl</i> (generic of VALCYTE) SOLR 50mg/ml	5	*
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	3	
VOSEVI TAB	5	* NM PA
CEPHALOSPORINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	3	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg	2	
<i>cefadroxil</i> SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	3	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	4	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	3	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	4	
CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%	4	
CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%	4	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2%	4	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%	4	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg	2	
<i>cefdinir</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	4	
<i>cefotetan disodium</i> (generic of CEFOTAN) SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> TABS 100mg, 200mg	3	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	3	
<i>ceftaroline fosamil</i> (generic of TEFLARO) SOLR 400mg, 600mg	5	*

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVE REQUISITOS / L	LIMITES
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm		4	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg		4	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg		2	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg		3	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg		1	
<i>cephalexin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml		3	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm		4	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg		5	*
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS			
<i>azithromycin</i> (generic of ZITHROMAX) SOLR 500mg; SUSR 200mg/5ml		3	
<i>azithromycin</i> SUSR 100mg/5ml		3	
<i>azithromycin</i> (generic of ZITHROMAX) TABS 250mg, 500mg		1	
<i>azithromycin</i> TABS 600mg		1	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml		4	
<i>clarithromycin</i> TABS 250mg, 500mg		3	
<i>clarithromycin</i> (generic of BIAXIN XL) TB24 500mg		4	
DIFICID SUSR 40mg/ml		5	*
e.e.s. 400 TABS 400mg		4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg		4	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg		4	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg		4	
<i>erythromycin lactobionate</i> (generic of ERYTHROCIN LACTOBIONATE) SOLR 500mg		4	
<i>fidaxomicin</i> (generic of DIFICID) TABS 200mg		5	*

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVE REQUISITOS / L	LIMITES
FLUOROQUINOLONES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS			
<i>ciprofloxacin</i> 200 mg/100ml in d5w		3	
<i>ciprofloxacin</i> 400 mg/200ml in d5w		3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (generic of CIPRO) TABS 250mg, 500mg		1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 750mg		1	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml		4	
<i>levofloxacin</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg		1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 250 mg/50ml		3	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 500 mg/100ml		3	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 750 mg/150ml		3	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg		3	
<i>moxifloxacin hcl</i> 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj		4	
PENICILLINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS			
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg		1	
<i>amoxicillin</i> CHEW 125mg, 250mg		2	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 200-28.5 mg/5ml		3	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 250-62.5 mg/5ml		4	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 400-57 mg/5ml		3	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 600-42.9 mg/5ml (generic of AUGMENTIN ES-600)		3	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 250-125 mg		3	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 500-125 mg		2	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 875-125 mg	2	
<i>ampicillin CAPS</i> 500mg	2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj</i> 1.5 (1-0.5) gm (generic of UNASYN)	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj</i> 3 (2-1) gm (generic of UNASYN)	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln</i> 1.5 (1-0.5) gm	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln</i> 3 (2-1) gm	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln</i> 15 (10-5) gm (generic of UNASYN BULK PACK)	4	
<i>ampicillin sodium SOLR</i> 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4	
BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	4	
<i>dicloxacillin sodium CAPS</i> 250mg, 500mg	3	
<i>nafcillin sodium SOLR</i> 1gm, 2gm	4	
<i>nafcillin sodium SOLR</i> 10gm	5	*
<i>oxacillin sodium SOLR</i> 1gm, 2gm, 10gm	4	
<i>penicillin g potassium SOLR</i> 5000000unit, 20000000unit	4	
<i>penicillin g sodium SOLR</i> 5000000unit	4	
<i>penicillin v potassium SOLR</i> 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	
<i>penicillin v potassium TABS</i> 250mg, 500mg	1	
<i>pfizerpen SOLR</i> 5000000unit, 20000000unit	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj</i> 3.375 gm (3-0.375 gm)	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 2.25 gm (2-0.25 gm)	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 4.5 gm (4-0.5 gm)	4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 13.5 gm (12-1.5 gm)	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 40.5 gm (36-4.5 gm)	4	
TETRACYCLINES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>doxy 100 SOLR</i> 100mg	4	
<i>doxycycline (monohydrate) CAPS</i> 50mg, 100mg	2	
<i>doxycycline (monohydrate) SUSR</i> 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate CAPS</i> 50mg, 100mg; TABS 20mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate SOLR</i> 100mg	4	
<i>minocycline hcl CAPS</i> 50mg, 75mg, 100mg	3	
NUZYRA SOLR 100mg	5	* NM
NUZYRA TABS 150mg QL (30 tabs / 14 days)	5	* QL NM
<i>tetracycline hcl CAPS</i> 250mg, 500mg	4	
<i>tigecycline (generic of TYGACIL) SOLR</i> 50mg	4	
ANTINEOPLASTIC AGENTS - DRUGS TO TREAT CANCER		
ALKYLATING AGENTS		
BENDAMUSTINE	5	* B/D NM
HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml		
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	5	* B/D NM
<i>carboplatin SOLN</i> 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	3	B/D
<i>cisplatin SOLN</i> 50mg/50ml, 100mg/100ml	3	B/D
<i>cisplatin (generic of CISPLATIN) SOLN</i> 200mg/200ml	3	B/D
<i>cyclophosphamide CAPS</i> 25mg, 50mg	3	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	5	* B/D NM

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml	5	* B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 1gm, 500mg	4	B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 2gm	5	* B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	4	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	5	* B/D
FRINDOVYX SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	5	* B/D NM
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	4	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	5	* NM
LEUKERAN TABS 2mg	5	* PA
<i>lomustine</i> (generic of GLEOSTINE) CAPS 10mg, 40mg	4	NM
<i>lomustine</i> (generic of GLEOSTINE) CAPS 100mg	5	* NM
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	4	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 50mg, 100mg	5	* B/D
VIVIMUSTA SOLN 100mg/4ml	5	* B/D NM
ANTIMETABOLITES		
<i>azacitidine</i> (generic of VIDAZA) SUSR 100mg	5	* B/D NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	3	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	3	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> (generic of GEMCITABINE HYDROCHLORIDE) SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml	4	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLR 1gm, 2gm, 200mg	4	B/D
INQOVI TAB 35-100MG QL (5 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
LONSURF TAB 15-6.14 QL (100 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
LONSURF TAB 20-8.19 QL (80 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>mercaptopurine</i> (generic of PURIXAN) SUSP 2000mg/100ml	5	* NM
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	3	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	2	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg QL (14 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	5	* B/D
TABLOID TABS 40mg	5	* PA
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate</i> (generic of ZYTIGA) TABS 250mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>abiraterone acetate</i> (generic of ZYTIGA) TABS 500mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>abirtega</i> (generic of ZYTIGA) TABS 250mg QL (120 tabs / 30 days)	4	QL NM PA
AKEEGA TAB 50/500MG QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
AKEEGA TAB 100/500 QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>anastrozole</i> (generic of ARIMIDEX) TABS 1mg	2	
<i>bicalutamide</i> (generic of CASODEX) TABS 50mg	2	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	4	NM PA
ERLEADA TABS 60mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ERLEADA TABS 240mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
EULEXIN CAPS 125mg	5	*
<i>exemestane</i> (generic of AROMASIN) TABS 25mg	4	
FIRMAGON SOLR 80mg	4	NM PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	5	* NM PA
<i>fulvestrant</i> (generic of FASLODEX) SOSY 250mg/5ml	5	* B/D

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
INLURIYO TABS 200mg QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>letrozole</i> (generic of FEMARA) TABS 2.5mg	2	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	4	NM PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	5	* NM PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5	* NM PA
LYSODREN TABS 500mg	5	* NM
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	3	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	5	*
NUBEQA TABS 300mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ORGOVYX TABS 120mg	5	* NM PA
ORSERDU TABS 86mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ORSERDU TABS 345mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	*
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	
<i>toremifene citrate</i> (generic of FARESTON) TABS 60mg	4	PA
XTANDI CAPS 40mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
XTANDI TABS 40mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
XTANDI TABS 80mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
YONSA TABS 125mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> (generic of REVLIMID) CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>lenalidomide</i> (generic of REVLIMID) CAPS 20mg, 25mg QL (21 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>pomalidomide</i> (generic of POMALYST) CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (21 caps / 28 days)	5	* QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (21 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
THALOMID CAPS 50mg QL (84 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
THALOMID CAPS 100mg QL (112 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml QL (2 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>bexarotene</i> (generic of TARGRETIN) CAPS 75mg QL (300 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>doxorubicin hcl</i> (generic of DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE) SOLN 2mg/ml	4	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> (generic of DOXIL) SUSP 2mg/ml	5	* B/D
<i>hydroxyurea</i> (generic of HYDREA) CAPS 500mg	2	
<i>irinotecan hcl</i> (generic of CAMPTOSAR) SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml	4	B/D
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 500mg/25ml	4	B/D
IWILFIN TABS 192mg QL (240 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	4	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	3	
MATULANE CAPS 50mg	5	* NM
<i>mesna</i> (generic of MESNEX) TABS 400mg	5	*
MODEYSO CAPS 125mg QL (20 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	5	*
WELIREG TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
MITOTIC INHIBITORS		
<i>docetaxel</i> (generic of DOCETAXEL) CONC 20mg/ml	4	B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	* B/D
<i>docetaxel</i> (generic of DOCETAXEL) CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	* B/D
DOCIVYX SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	* B/D NM
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	3	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4	B/D
<i>paclitaxel inj 100mg</i> (generic of ABRAXANE)	5	* B/D NM
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	2	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	4	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAPS 150mg QL (240 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
ALUNBRIG TABS 30mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ALUNBRIG PAK QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
AUGTYRO CAPS 40mg QL (240 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
AUGTYRO CAPS 160mg QL (60 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
AVMAPKI PAK FAKZYNJA QL (1 pack / 28 days)	5	* QL NM PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
BALVERSA TABS 3mg QL (84 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
BALVERSA TABS 4mg QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
BALVERSA TABS 5mg QL (28 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg	4	NM PA
<i>bortezomib</i> (generic of VELCADE) SOLR 3.5mg	5	* NM PA
BOSULIF CAPS 50mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
BOSULIF CAPS 100mg QL (300 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
BOSULIF TABS 100mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
BOSULIF TABS 400mg, 500mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
BRAFTOVI CAPS 75mg QL (180 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
BRUKINSA CAPS 80mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
BRUKINSA TABS 160mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
CALQUENCE TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
CAPRELSA TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
CAPRELSA TABS 300mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg QL (84 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
COMETRIQ KIT 100MG QL (56 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
COMETRIQ KIT 140MG QL (112 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg QL (56 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
COTELLIC TABS 20mg QL (63 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
DANZITEN TABS 71mg, 95mg QL (112 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>dasatinib</i> (generic of SPRYCEL) TABS 20mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>dasatinib</i> (generic of SPRYCEL) TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
DAURISMO TABS 25mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
DAURISMO TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ENSACOVE CAPS 25mg QL (270 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
ENSACOVE CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
ERIVEDGE CAPS 150mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR) TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 2mg, 5mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 3mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg QL (21 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
FRUZAQLA CAPS 1mg QL (84 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
FRUZAQLA CAPS 5mg QL (21 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
GAVRETO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>gefitinib</i> (generic of IRESSA) TABS 250mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
GOMEKLI CAPS 1mg QL (168 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
GOMEKLI CAPS 2mg QL (84 caps / 28 days)	5	* QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
GOMEKLI TBSO 1mg QL (168 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	5	* NM PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	5	* NM PA
HERCESSI SOLR 150mg, 420mg	5	* NM PA
HERNEXEOS TABS 60mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5	* NM PA
HYRNUO TABS 10mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
IBTROZI CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>imatinib mesylate</i> (generic of GLEEVEC) TABS 100mg QL (90 tabs / 30 days)	4	QL NM PA
<i>imatinib mesylate</i> (generic of GLEEVEC) TABS 400mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
IMBRUVICA CAPS 70mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
IMBRUVICA CAPS 140mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml QL (216 mL / 27 days)	5	* QL NM PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
IMKELDI SOLN 80mg/ml QL (280 mL / 28 days)	5	* QL NM PA
INLYTA TABS 1mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
INLYTA TABS 5mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
INREBIC CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES	NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
ITOVEBI TABS 3mg QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA	<i>lapatinib ditosylate</i> (generic of TYKERB) TABS 250mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ITOVEBI TABS 9mg QL (28 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA	LAZCLUZE TABS 80mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA	LAZCLUZE TABS 240mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
JAYPIRCA TABS 50mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
JAYPIRCA TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (60 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	* B/D NM	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	* NM PA	LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (90 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	* NM PA	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (60 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
KEYTRUDA INJ QLEX 395-4800 MG-UNIT/2.4ML QL (1 vial / 21 days)	5	* QL NM PA	LENVIMA CAP 14 MG QL (60 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
KEYTRUDA INJ QLEX 790-9600 MG-UNIT/4.8ML QL (1 vial / 42 days)	5	* QL NM PA	LENVIMA CAP 18 MG QL (90 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg QL (21 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA	LENVIMA CAP 24 MG QL (90 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg QL (42 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA	LORBRENA TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
KISQALI 400 PAK FEMARA QL (70 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA	LORBRENA TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg QL (63 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA	LUMAKRAS TABS 120mg QL (240 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
KISQALI 600 PAK FEMARA QL (91 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA	LUMAKRAS TABS 240mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
KOMZIFTI CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days)	5	* QL NM PA	LUMAKRAS TABS 320mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
KOSELUGO CAPS 10mg QL (240 caps / 30 days)	5	* QL NM PA	LYNPARZA TABS 100mg, 150mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
KOSELUGO CAPS 25mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (84 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
KOSELUGO CPSP 5mg QL (600 caps / 30 days)	5	* QL NM PA	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (112 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
KOSELUGO CPSP 7.5mg QL (360 caps / 30 days)	5	* QL NM PA			
KRAZATI TABS 200mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA			

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPk 4mg QL (140 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml QL (1260 mL / 30 days)	5	* QL NM PA
MEKINIST TABS 2mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
MEKINIST TABS .5mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
MEKTOVI TABS 15mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
MONJUVI SOLR 200mg	5	* NM PA
NERLYNX TABS 40mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>nilotinib hcl</i> (generic of TASIGNA) CAPS 50mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>nilotinib hcl</i> (generic of TASIGNA) CAPS 150mg, 200mg QL (112 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg QL (3 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
ODOMZO CAPS 200mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
OGIVRI SOLR 150mg, 420mg	5	* NM PA
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
OJEMDA SUSR 25mg/ml QL (96 mL / 28 days)	5	* QL NM PA
OJEMDA TABS 100mg QL (24 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5	* NM PA
<i>pazopanib hcl</i> (generic of VOTRIENT) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>pazopanib hcl</i> TABS 400mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg QL (28 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
PHESGO SOL	5	* NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPk 200mg QL (28 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPk 150mg QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
QINLOCK TABS 50mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
RETEVMO TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
RETEVMO TABS 80mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
RETEVMO TABS 120mg, 160mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
REVUFORJ TABS 25mg QL (240 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
REVUFORJ TABS 110mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
REVUFORJ TABS 160mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
REZLIDHIA CAPS 150mg QL (60 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
ROMVIMZA CAPS 14mg, 20mg, 30mg QL (8 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
ROZLYTREK CAPS 100mg QL (180 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
ROZLYTREK CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
ROZLYTREK PACK 50mg QL (336 packets / 28 days)	5	* QL NM PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
RYDAPT CAPS 25mg QL (224 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
SCEMBLIX TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
SCEMBLIX TABS 40mg QL (300 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
SCEMBLIX TABS 100mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>sorafenib tosylate</i> (generic of NEXAVAR) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES		NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES		L	LIMITES
STIVARGA TABS 40mg QL (84 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA	TURALIO CAPS 125mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>sunitinib malate</i> (generic of SUTENT) CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA	VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg QL (112 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA	VENCLEXTA TABS 10mg QL (112 tabs / 28 days)	3	QL NM PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA	VENCLEXTA TABS 50mg QL (112 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
TAFINLAR TBSO 10mg QL (840 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA	VENCLEXTA TABS 100mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
TAGRISSE TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA	VENCLEXTA TAB START PK QL (42 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA	VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
TALZENNA CAPS .25mg QL (90 caps / 30 days)	5	* QL NM PA	VITRAKVI CAPS 25mg QL (180 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
TAZVERIK TABS 200mg QL (240 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA	VITRAKVI CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	5	* NM PA	VITRAKVI SOLN 20mg/ml QL (300 mL / 30 days)	5	* QL NM PA
TECENTRIQ INJ HYBREZA QL (1 vial / 21 days)	5	* QL NM PA	VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
TEPMETKO TABS 225mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA	VONJO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
TIBSOVO TABS 250mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA	VORANIGO TABS 10mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>torpenz</i> (generic of AFINITOR) TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA	VORANIGO TABS 40mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	5	* NM PA	XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 20mg, 50mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg QL (64 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA	XALKORI CPSP 150mg QL (180 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
TRUQAP TBPK 160mg, 200mg QL (4 packs / 28 days)	5	* QL NM PA	XOSPATA TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	* NM PA	XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPK 10mg QL (16 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA	XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg QL (4 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
			XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) TBPK 60mg QL (4 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg QL (24 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPK 80mg QL (4 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg QL (32 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) TBPK 50mg QL (8 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ZELBORAF TABS 240mg QL (240 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	* NM PA
ZOLINZA CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ZYKADIA TABS 150mg QL (84 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
CARDIOVASCULAR - DRUGS TO TREAT HEART AND CIRCULATION CONDITIONS ACE INHIBITOR COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i> QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i> QL (30 caps / 30 days)	1	QL

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

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide</i> 1 tab 10-12.5 mg (generic of ZESTORETIC)	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide</i> 1 tab 20-12.5 mg (generic of ZESTORETIC)	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide</i> 1 tab 20-25 mg (generic of ZESTORETIC)	1	
ACE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>benazepril hcl</i> TABS 5mg	1	
<i>benazepril hcl</i> (generic of LOTENSIN) TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>captopril</i> TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>enalapril maleate</i> (generic of VASOTEC) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>fosinopril sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>lisinopril</i> (generic of ZESTRIL) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	
<i>quinapril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>ramipril</i> CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	1	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>eplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	3	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>spironolactone</i> (generic of ALDACTONE) TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES	
ALPHA BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>doxazosin mesylate</i> (generic of CARDURA) TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	2	
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	3	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i> (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i> (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i> (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i> (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i> (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i> (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i> (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i> (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
ENTRESTO CAP 6-6MG QL (240 caps / 30 days)	3	QL
ENTRESTO CAP 15-16MG QL (240 caps / 30 days)	3	QL
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i> (generic of AVALIDE) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i> (generic of AVALIDE) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i> (generic of HYZAAR)	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> (generic of HYZAAR)	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> (generic of HYZAAR)	1	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> (generic of BENICAR HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> (generic of BENICAR HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> (generic of BENICAR HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>sacubitril-valsartan tab 24-26 mg</i> (generic of ENTRESTO) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
<i>sacubitril-valsartan tab 49-51 mg</i> (generic of ENTRESTO) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
<i>sacubitril-valsartan tab 97-103 mg</i> (generic of ENTRESTO) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L	LIMITES
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>candesartan cilexetil</i> (generic of ATACAND) TABS 4mg, 8mg, 16mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<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	
<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> TABS 20mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>telmisartan</i> (generic of MICARDIS) TABS 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
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS TO CONTROL HEART RHYTHM		
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 150mg/3ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg	4	
<i>amiodarone hcl</i> TABS 200mg	1	
<i>disopyramide phosphate</i> (generic of NORPACE) CAPS 100mg, 150mg	4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L	LIMITES
<i>dofetilide</i> (generic of TIKOSYN) CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	4	NM
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	3	
MULTAQ TABS 400mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 400mg	4	
<i>pacerone</i> TABS 200mg	1	
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg	4	
<i>propafenone hcl</i> TABS 150mg, 225mg, 300mg	3	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	4	
<i>sotalol hcl</i> (generic of BETAPACE) TABS 80mg, 120mg, 160mg	2	
<i>sotalol hcl</i> TABS 240mg	2	
<i>sotalol hcl (afib/afil)</i> (generic of BETAPACE AF) TABS 80mg, 120mg, 160mg	3	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 160mg	2	
<i>fenofibrate</i> (generic of TRICOR) TABS 145mg	2	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	3	
<i>gemfibrozil</i> (generic of LOPID) TABS 600mg	2	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>atorvastatin calcium</i> (generic of LIPITOR) TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>rosuvastatin calcium</i> (generic of CRESTOR) TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<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
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>cholestyramine</i> (generic of QUESTRAN) PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm	3	
<i>cholestyramine light</i> (generic of QUESTRAN LIGHT) POWD 4gm/dose	3	
<i>colestevlam hcl</i> (generic of WELCHOL) PACK 3.75gm; TABS 625mg	4	
<i>colestipol hcl</i> (generic of COLESTID) GRAN 5gm	4	
<i>colestipol hcl</i> PACK 5gm	4	
<i>colestipol hcl</i> (generic of COLESTID) TABS 1gm	3	
<i>ezetimibe</i> (generic of ZETIA) TABS 10mg QL (30 tabs / 30 days)	2	QL
<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
NEXLETOL TABS 180mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
NEXLIZET TAB 180/10MG QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>niacin</i> (antihyperlipidemic) TBCR 500mg, 750mg, 1000mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> (generic of LOVAZA)	3	PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>prevalite</i> PACK 4gm	3	
<i>prevalite</i> (generic of QUESTRAN LIGHT) POWD 4gm/dose	3	
REPATHA SOSY 140mg/ml QL (6 syringes / 28 days)	3	QL NM PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml QL (6 autoinjectors / 28 days)	3	QL NM PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	3	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i> (generic of TENORETIC 50)	2	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i> (generic of TENORETIC 100)	2	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	2	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	2	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	2	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	3	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	3	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	3	
BETA-BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	3	
<i>atenolol</i> (generic of TENORMIN) TABS 25mg, 50mg, 100mg	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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	2	
<i>carvedilol</i> (generic of COREG) TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1	
<i>labetalol hcl</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg	2	
<i>metoprolol succinate</i> (generic of TOPROL XL) TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml	4	
<i>metoprolol tartrate</i> TABS 25mg	1	
<i>metoprolol tartrate</i> (generic of LOPRESSOR) TABS 50mg, 100mg	1	
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	3	
<i>nebivolol hcl</i> (generic of BYSTOLIC) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>nebivolol hcl</i> (generic of BYSTOLIC) TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	3	
<i>propranolol hcl</i> (generic of INDERAL LA) CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg	3	
<i>propranolol hcl</i> SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml	3	
<i>propranolol hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	2	
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>amlodipine besylate</i> (generic of NORVASC) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>cartia xt</i> (generic of CARDIZEM CD) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg	4	
<i>diltiazem hcl</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg; TABS 90mg	2	
<i>diltiazem hcl</i> SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml	3	
<i>diltiazem hcl</i> (generic of CARDIZEM) TABS 30mg, 60mg, 120mg	2	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (generic of CARDIZEM CD) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (generic of CARDIZEM CD) CP24 360mg	4	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> (generic of TIAZAC) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	2	
<i>nifedipine</i> (generic of PROCARDIA XL) TB24 30mg, 60mg	3	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	3	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	4	
<i>tiadylt er</i> (generic of TIAZAC) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml	4	
<i>verapamil hcl</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	
<i>verapamil hcl</i> TABS 40mg, 80mg, 120mg	1	
<i>verapamil hcl</i> TBCR 120mg, 180mg, 240mg	2	
DIURETICS - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	3	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	2	
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	2	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS 1mg, 2mg	3	
<i>bumetanide</i> (generic of BUMEX) TABS .5mg	3	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	2	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml	2	
<i>furosemide</i> (generic of LASIX) TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	3	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	1	
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	4	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	2	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	2	
<i>toremide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	2	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	1	
MISCELLANEOUS		
<i>aliskiren fumarate</i> (generic of TEKTRUNA) TABS 150mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-1) PTWK .1mg/24hr	3	
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-2) PTWK .2mg/24hr	3	
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-3) PTWK .3mg/24hr	3	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml QL (450 mL / 30 days)	4	QL
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml	4	
<i>digoxin</i> (generic of LANOXIN) SOLN .25mg/ml	4	
<i>digoxin</i> (generic of LANOXIN) TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 days)	2	QL
<i>droxidopa</i> (generic of NORTHERA) CAPS 100mg QL (90 caps / 30 days)	4	QL NM PA
<i>droxidopa</i> (generic of NORTHERA) CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>epinephrine</i> (generic of ADRENALIN) SOLN 1mg/ml	4	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg PA applies if 65 years and older	3	PA
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml	4	
<i>hydralazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>ivabradine hcl</i> (generic of CORLANOR) TABS 5mg, 7.5mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	5	* NM PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg	3	
<i>midodrine hcl</i> TABS 10mg	4	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	2	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	4	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL PA
NITRATES - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	3	
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	
NITRO-BID OINT 2%	3	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr	3	
<i>nitroglycerin</i> (generic of NITROSTAT) SUBL .3mg, .4mg, .6mg	2	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - DRUGS TO TREAT PULMONARY HYPERTENSION		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>alyq</i> (generic of ADCIRCA) TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>ambrisentan</i> (generic of LETAIRIS) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>bosentan</i> (generic of TRACLEER) TABS 62.5mg, 125mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>bosentan</i> (generic of TRACLEER) TBSO 32mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
OPSUMIT TABS 10mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>sildenafil citrate</i> (pulmonary hypertension) (generic of REVATIO) TABS 20mg QL (360 tabs / 30 days)	3	QL NM PA
<i>tadalafil</i> (pulmonary hypertension) (generic of ADCIRCA) TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL NM PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	* NM PA
UPTRAVI TABS 200mcg QL (140 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
UPTRAVI TABS 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1000mcg, 1200mcg, 1400mcg, 1600mcg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
UPTRAVI PACK TAB 200/800 QL (1 pack / 28 days)	5	* QL NM PA
WINREVAIR KIT 45mg, 60mg QL (2 vials / 21 days)	5	* QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
WINREVAIR INJ 45MG QL (2 vials / 21 days)	5	* QL NM PA
WINREVAIR INJ 60MG QL (2 vials / 21 days)	5	* QL NM PA
YUTREPIA CAPS 26.5mcg, 53mcg, 79.5mcg QL (140 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
YUTREPIA CAPS 106mcg QL (224 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS		
ANTI-ANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY		
<i>alprazolam</i> (generic of XANAX) TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 days)	2	QL
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	1	
<i>buspirone hcl</i> TABS 7.5mg, 30mg	3	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 days)	3	QL
<i>lorazepam</i> (generic of ATIVAN) SOLN 4mg/ml, 20mg/10ml	2	
<i>lorazepam</i> (generic of ATIVAN) TABS .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 days)	2	QL
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 days)	3	QL
ANTIDEMENTIA - DRUGS TO TREAT DEMENTIA AND MEMORY LOSS		
<i>donepezil hydrochloride</i> (generic of ARICEPT) TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	2	QL
<i>donepezil hydrochloride</i> (generic of ARICEPT) TABS 10mg	2	
<i>donepezil hydrochloride</i> TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 days)	2	QL

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>donepezil hydrochloride</i> TBP 10mg	2	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg QL (30 caps / 30 days)	3	QL
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml QL (200 mL / 30 days)	4	QL
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml PA applies if 29 years and younger	4	PA
<i>memantine hcl</i> TABS 5mg, 10mg PA applies if 29 years and younger	3	PA
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg</i> (generic of NAMZARIC)	4	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg</i> (generic of NAMZARIC)	4	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg</i> (generic of NAMZARIC)	4	
NAMZARIC CAP 7-10MG	4	
<i>rivastigmine</i> (generic of EXELON) PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	4	QL
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 days)	3	QL
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS TO TREAT DEPRESSION		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg PA applies if 65 years and older	3	PA
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg PA applies if 65 years and older	3	PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
AUVELITY TAB 45-105MG QL (60 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	2	
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN SR) TB12 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	2	QL
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN XL) TB24 150mg QL (60 tabs / 30 days)	2	QL
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN XL) TB24 300mg QL (30 tabs / 30 days)	2	QL
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml	3	
<i>citalopram hydrobromide</i> (generic of CELEXA) TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>clomipramine hcl</i> (generic of ANAFRANIL) CAPS 25mg, 50mg, 75mg	4	PA
<i>desipramine hcl</i> (generic of NORPRAMIN) TABS 10mg, 25mg PA applies if 65 years and older	4	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 50mg, 75mg, 100mg, 150mg PA applies if 65 years and older	4	PA
<i>desvenlafaxine succinate</i> (generic of PRISTIQ) TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml PA applies if 65 years and older	3	PA
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg QL (60 caps / 30 days)	4	QL PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg QL (60 caps / 30 days)	3	QL

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	5	* QL PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	4	
<i>escitalopram oxalate</i> (generic of LEXAPRO) TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
EXXUA TB24 18.2mg, 36.3mg, 54.5mg, 72.6mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL PA
EXXUA TITRATION PACK TB24 18.2mg QL (2 packs / year)	5	* QL PA
FETZIMA CP24 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 days)	4	QL PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg QL (30 caps / 30 days)	4	QL PA
FETZIMA CAP TITRATIO QL (2 packs / year)	4	QL PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	3	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg PA applies if 65 years and older	2	PA
MARPLAN TABS 10mg QL (180 tabs / 30 days)	4	QL
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg	3	
<i>mirtazapine</i> (generic of REMERON) TABS 15mg, 30mg	2	
<i>mirtazapine</i> TABS 45mg	2	
<i>mirtazapine</i> (generic of REMERON SOLTAB) TBDP 15mg, 30mg, 45mg	3	
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	4	
<i>nortriptyline hcl</i> (generic of PAMELOR) CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 days) PA applies if 65 years and older	4	QL PA
<i>paroxetine hcl</i> (generic of PAXIL) TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg PA applies if 65 years and older	2	PA
<i>phenelzine sulfate</i> (generic of NARDIL) TABS 15mg	3	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	4	
RALDESY SOLN 10mg/ml QL (1800 mL / 30 days)	4	QL PA
<i>sertraline hcl</i> (generic of ZOLOFT) CONC 20mg/ml	3	
<i>sertraline hcl</i> (generic of ZOLOFT) TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> (generic of PARNATE) TABS 10mg	4	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg QL (120 caps / 30 days)	4	QL
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	4	QL
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>venlafaxine hcl</i> (generic of EFFEXOR XR) CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>vilazodone hcl</i> (generic of VIIBRYD) TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg QL (28 caps / 14 days)	5	* QL NM PA
ZURZUVAE CAPS 30mg QL (14 caps / 14 days)	5	* QL NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
ANTIPARKINSONIAN AGENTS - DRUGS TO TREAT PARKINSONS DISEASE		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	3	QL
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml	3	
<i>amantadine hcl</i> TABS 100mg	4	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	4	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg PA applies if 65 years and older	2	PA
<i>bromocriptine mesylate</i> (generic of PARLODEL) CAPS 5mg; TABS 2.5mg	4	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 10-100mg	3	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-100mg	3	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-250mg	3	
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 10-100 mg (generic of SINEMET)	2	
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 25-100 mg (generic of SINEMET)	2	
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 25-250 mg	2	
<i>carbidopa & levodopa tab er</i> 25-100 mg	3	
<i>carbidopa & levodopa tab er</i> 50-200 mg	3	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 12.5-50-200 mg	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 18.75-75-200 mg	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 25-100-200 mg	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 31.25-125-200 mg	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 37.5-150-200 mg	4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 50-200-200 mg	4	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	4	
INBRIJA CAPS 42mg QL (300 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	2	
<i>rasagiline mesylate</i> (generic of AZILECT) TABS .5mg, 1mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	2	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	3	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml	3	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> TABS 2mg, 5mg	2	
ANTIPSYCHOTICS - DRUGS TO TREAT PSYCHOSES		
ABILIFY ASIMTUFII PRSY 720mg/2.4ml, 960mg/3.2ml QL (1 syringe / 56 days)	5	* QL
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg QL (1 injection / 28 days)	5	* QL
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml QL (900 mL / 30 days)	4	QL
<i>aripiprazole</i> (generic of ABILIFY) TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL ST
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 syringe / 56 days)	5	* QL
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5	*
<i>asenapine maleate</i> (generic of SAPHRIS) SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>clozapine</i> (generic of CLOZARIL) TABS 25mg	3	
<i>clozapine</i> TABS 50mg	3	
<i>clozapine</i> (generic of CLOZARIL) TABS 100mg QL (270 tabs / 30 days)	3	QL
<i>clozapine</i> TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	3	QL
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	4	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg QL (270 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg QL (180 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg QL (120 tabs / 30 days)	4	QL PA
COBENFY CAP 50-20MG QL (60 caps / 30 days)	5	* QL
COBENFY CAP 100-20MG QL (60 caps / 30 days)	5	* QL
COBENFY CAP 125-30MG QL (60 caps / 30 days)	5	* QL
COBENFY STRT CAP PACK QL (2 packs / year)	5	* QL
ERZOFRI SUSY 39mg/0.25ml QL (1 syringe / 28 days)	4	QL
ERZOFRI SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
ERZOFRI SUSY 351mg/2.25ml QL (2 syringes / year)	5	* QL
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL PA
FANAPT PAK PACK A QL (2 packs / year)	4	QL PA
FANAPT PAK PACK B QL (2 packs / year)	4	QL PA
FANAPT PAK PACK C QL (2 packs / year)	4	QL PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	4	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	3	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	3	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	3	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml QL (1 injection / 180 days)	5	* QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml QL (1 syringe / 28 days)	4	QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml QL (1 syringe / 90 days)	5	* QL
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>lurasidone hcl</i> (generic of LATUDA) TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL
<i>lurasidone hcl</i> (generic of LATUDA) TABS 80mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL
LYBALVI TAB 5-10MG QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
LYBALVI TAB 10-10MG QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL
LYBALVI TAB 15-10MG QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL
LYBALVI TAB 20-10MG QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL
molindone hcl TABS 5mg, 10mg, 25mg	4	
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
olanzapine (generic of ZYPREXA) SOLR 10mg QL (3 vials / 1 day)	4	QL
olanzapine (generic of ZYPREXA) TABS 2.5mg, 5mg QL (60 tabs / 30 days)	2	QL
olanzapine TABS 7.5mg, 15mg QL (30 tabs / 30 days)	2	QL
olanzapine TABS 10mg QL (60 tabs / 30 days)	2	QL
olanzapine (generic of ZYPREXA) TABS 20mg QL (30 tabs / 30 days)	2	QL
olanzapine (generic of ZYPREXA ZYDIS) TBP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL ST
olanzapine (generic of ZYPREXA ZYDIS) TBP 10mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL ST
OPIPZA FILM 2mg, 5mg QL (30 films / 30 days)	5	* QL PA
OPIPZA FILM 10mg QL (90 films / 30 days)	5	* QL PA
paliperidone TB24 1.5mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL
paliperidone (generic of INVEGA) TB24 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL
paliperidone (generic of INVEGA) TB24 6mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL
perphenazine TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
pimozide TABS 1mg, 2mg	4	
quetiapine fumarate (generic of SEROQUEL) TABS 25mg QL (180 tabs / 30 days)	2	QL
quetiapine fumarate (generic of SEROQUEL) TABS 50mg, 100mg, 200mg QL (90 tabs / 30 days)	2	QL
quetiapine fumarate TABS 150mg QL (90 tabs / 30 days)	2	QL
quetiapine fumarate (generic of SEROQUEL) TABS 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 days)	2	QL
quetiapine fumarate (generic of SEROQUEL XR) TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL PA
quetiapine fumarate (generic of SEROQUEL XR) TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL
risperidone (generic of RISPERDAL) SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 days)	3	QL
risperidone (generic of RISPERDAL) TABS .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	
risperidone TABS .25mg	2	
risperidone TBP 1mg, 2mg, 3mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL ST
risperidone TBP 4mg QL (120 tabs / 30 days)	4	QL ST
risperidone TBP .25mg, .5mg QL (90 tabs / 30 days)	4	QL ST
risperidone microspheres (generic of RISPERDAL CONSTA) SRER 12.5mg, 25mg QL (2 injections / 28 days)	4	QL

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>risperidone microspheres</i> (generic of RISPERDAL CONSTA) SRER 37.5mg, 50mg QL (2 injections / 28 days)	5	* QL
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	5	* QL
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	4	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	3	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml QL (600 mL / 30 days)	5	* QL PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg QL (60 caps / 30 days)	5	* QL
VRAYLAR CAPS .5mg, .75mg, 3mg, 4.5mg, 6mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL
<i>ziprasidone hcl</i> (generic of GEODON) CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (60 caps / 30 days)	4	QL
<i>ziprasidone mesylate</i> (generic of GEODON) SOLR 20mg QL (6 injections / 3 days)	4	QL
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg QL (2 vials / 28 days)	4	QL NM PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg QL (2 vials / 28 days)	5	* QL NM PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg QL (1 vial / 28 days)	5	* QL NM PA
ANTISEIZURE AGENTS		
APTIOM TABS 200mg, 400mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL
APTIOM TABS 600mg, 800mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL
<i>brivaracetam</i> (generic of BRIVIACT) SOLN 10mg/ml QL (600 mL / 30 days)	5	* QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>brivaracetam</i> (generic of BRIVIACT) TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL PA
BRIVIACT SOLN 10mg/ml QL (600 mL / 30 days)	5	* QL PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg	3	
<i>carbamazepine</i> CHEW 200mg	4	
<i>carbamazepine</i> (generic of CARBATROL) CP12 100mg, 200mg, 300mg	4	
<i>carbamazepine</i> (generic of TEGRETOL) SUSP 100mg/5ml	4	
<i>carbamazepine</i> (generic of TEGRETOL) TABS 200mg	3	
<i>carbamazepine</i> (generic of TEGRETOL-XR) TB12 100mg, 200mg, 400mg	4	
<i>clobazam</i> (generic of ONFI) SUSP 2.5mg/ml QL (480 mL / 30 days)	4	QL PA
<i>clobazam</i> (generic of ONFI) TABS 10mg, 20mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>clonazepam</i> (generic of KLONOPIN) TABS 2mg QL (300 tabs / 30 days)	2	QL
<i>clonazepam</i> (generic of KLONOPIN) TABS .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 days)	2	QL
<i>clonazepam</i> TBDP 2mg QL (300 tabs / 30 days)	3	QL
<i>clonazepam</i> TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 days)	3	QL
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older	4	QL PA
DIACOMIT CAPS 250mg QL (360 caps / 30 days)	5	* QL NM PA

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
DIACOMIT CAPS 500mg QL (180 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
DIACOMIT PACK 250mg QL (360 packets / 30 days)	5	* QL NM PA
DIACOMIT PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml QL (1200 mL / 30 days) PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply	3	QL PA
<i>diazepam</i> (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	2	QL PA
<i>diazepam</i> (anticonvulsant) GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	4	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	4	
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml QL (240 mL / 30 days) PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply	3	QL PA
DILANTIN CAPS 30mg	4	
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE SPRINKLES) CSDR 125mg	4	
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE ER) TB24 250mg, 500mg	3	
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE) TBEC 125mg, 250mg, 500mg	2	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>eslicarbazepine acetate</i> (generic of APTIOM) TABS 200mg, 400mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL
<i>eslicarbazepine acetate</i> (generic of APTIOM) TABS 600mg, 800mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>ethosuximide</i> (generic of ZARONTIN) CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	3	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	4	
<i>felbamate</i> (generic of FELBATOL) TABS 400mg, 600mg	4	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 days)	5	* QL NM PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml QL (680 mL / 28 days)	5	* QL PA
FYCOMPA TABS 2mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL PA
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) CAPS 100mg, 300mg QL (360 caps / 30 days)	2	QL
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) CAPS 400mg QL (270 caps / 30 days)	2	QL
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml QL (2160 mL / 30 days)	3	QL
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) TABS 600mg QL (180 tabs / 30 days)	2	QL
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) TABS 800mg QL (120 tabs / 30 days)	2	QL
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) SOLN 200mg/20ml	4	
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) TABS 50mg QL (120 tabs / 30 days)	4	QL
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL
<i>lacosamide oral</i> (generic of VIMPAT) SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 days)	4	QL
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL CHEWABLE DISPERS) CHEW 5mg, 25mg	3	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES		NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES		L	LIMITES
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL) TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1		<i>perampanel</i> (generic of FYCOMPA) TABS 2mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL XR) TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	4	ST	<i>perampanel</i> (generic of FYCOMPA) TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA) SOLN 100mg/ml	3		<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml QL (1500 mL / 30 days) PA applies if 65 years and older	4	QL PA
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA) SOLN 500mg/5ml	4		<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg QL (120 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older	3	QL PA
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA) TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg	2		<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml PA applies if 65 years and older	4	PA
<i>levetiracetam</i> TB3D 250mg QL (360 tabs / 30 days)	4	QL	<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	3	
<i>levetiracetam</i> TB3D 500mg QL (180 tabs / 30 days)	4	QL	<i>phenytoin</i> (generic of DILANTIN INFATABS) CHEW 50mg	3	
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA XR) TB24 500mg, 750mg	3		<i>phenytoin</i> (generic of DILANTIN-125) SUSP 125mg/5ml	3	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM/SODIUM CHLO)	4		<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM/SODIUM CHLO)	4		<i>phenytoin sodium extended</i> (generic of DILANTIN) CAPS 100mg	3	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM/SODIUM CHLO)	4		<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 200mg, 300mg	3	
<i>methsuximide</i> (generic of CELONTIN) CAPS 300mg	4		<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg QL (120 caps / 30 days) PA applies if 65 years and older	3	QL PA
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml QL (10 nasal units / 30 days)	4	QL	<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days) PA applies if 65 years and older	3	QL PA
<i>oxcarbazepine</i> (generic of TRILEPTAL) SUSP 300mg/5ml	4				
<i>oxcarbazepine</i> (generic of TRILEPTAL) TABS 150mg, 300mg, 600mg	3				
<i>perampanel</i> (generic of FYCOMPA) SUSP .5mg/ml QL (680 mL / 28 days)	5	* QL PA			

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 days) PA applies if 65 years and older	3	QL PA
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 days) PA applies if 65 years and older	4	QL PA
<i>primidone</i> (generic of MYSOLINE) TABS 50mg, 250mg	2	
<i>primidone</i> TABS 125mg	2	
<i>roweepra</i> (generic of KEPPRA) TABS 500mg	2	
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) SUSP 40mg/ml QL (2400 mL / 30 days)	5	* QL PA
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) TABS 200mg QL (480 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) TABS 400mg QL (240 tabs / 30 days)	5	* QL PA
SPRITAM TB3D 250mg QL (360 tabs / 30 days)	4	QL
SPRITAM TB3D 500mg QL (180 tabs / 30 days)	4	QL
SPRITAM TB3D 750mg QL (120 tabs / 30 days)	4	QL
SPRITAM TB3D 1000mg QL (90 tabs / 30 days)	4	QL
SUBVENITE SUSP 10mg/ml	5	* ST
<i>subvenite</i> (generic of LAMICTAL) TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg QL (60 films / 30 days)	5	* QL PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	4	
<i>topiramate</i> (generic of TOPAMAX SPRINKLE) CPSP 15mg, 25mg	3	
<i>topiramate</i> CPSP 50mg	4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>topiramate</i> (generic of EPRONTIA) SOLN 25mg/ml QL (480 mL / 30 days)	4	QL PA
<i>topiramate</i> (generic of TOPAMAX) TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml	4	
<i>valproate sodium</i> SOLN 250mg/5ml	3	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	2	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml QL (10 blister packs / 30 days)	4	QL
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml QL (10 blister packs / 30 days)	4	QL
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml QL (10 blister packs / 30 days)	4	QL
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml QL (10 blister packs / 30 days)	4	QL
<i>vigabatrin</i> (generic of SABRIL) PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>vigabatrin</i> (generic of SABRIL) TABS 500mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>vigadrone</i> (generic of SABRIL) PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>vigadrone</i> (generic of SABRIL) TABS 500mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
VIGAFYDE SOLN 100mg/ml QL (900 mL / 30 days)	5	* QL NM PA
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL
XCOPRI TABS 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 days)	4	QL
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 days)	5	* QL
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 days)	5	* QL
ZONISADE SUSP 100mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	5	* QL PA
<i>zonisamide</i> (generic of ZONEGRAN) CAPS 25mg, 100mg	2	
<i>zonisamide</i> CAPS 50mg	2	
ZTALMY SUSP 50mg/ml QL (1100 mL / 30 days)	5	* QL NM PA
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - DRUGS TO TREAT ADHD		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 5 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 10 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 15 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 20 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 25 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	4	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 30 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (90 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 18mg, 25mg QL (120 caps / 30 days)	4	QL
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 40mg QL (60 caps / 30 days)	4	QL
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 60mg, 80mg, 100mg QL (30 caps / 30 days)	4	QL
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (generic of FOCALIN) TABS 2.5mg, 5mg QL (120 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (generic of FOCALIN) TABS 10mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL PA

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L	LIMITES
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> (generic of INTUNIV) TB24 1mg, 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older	3	QL PA
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> (generic of INTUNIV) TB24 3mg QL (60 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of METHYLIN) SOLN 5mg/5ml QL (1800 mL / 30 days)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of METHYLIN) SOLN 10mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of RITALIN) TABS 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of RITALIN) TABS 20mg QL (90 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> TBCR 10mg, 20mg QL (90 tabs / 30 days)	4	QL PA
HYPNOTICS - DRUGS TO TREAT INSOMNIA		
DAYVIGO TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>doxepin hcl (sleep)</i> (generic of SILENOR) TABS 3mg, 6mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>ramelteon</i> (generic of ROZEREM) TABS 8mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>tasimelteon</i> (generic of HETLIOZ) CAPS 20mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>temazepam</i> (generic of RESTORIL) CAPS 7.5mg, 30mg QL (30 caps / 30 days) PA applies if 65 years and older	4	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L	LIMITES
<i>temazepam</i> (generic of RESTORIL) CAPS 15mg QL (60 caps / 30 days) PA applies if 65 years and older	4	QL PA
<i>zolpidem tartrate</i> (generic of AMBIEN) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year	2	QL PA
MIGRAINE - DRUGS TO TREAT SEVERE HEADACHES		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml QL (1 pen / 30 days)	3	QL NM PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml QL (8 mL / 30 days)	5	* QL PA
EMGALITY SOAJ 120mg/ml QL (2 pens / 30 days)	3	QL NM PA
EMGALITY SOSY 100mg/ml QL (3 syringes / 30 days)	3	QL NM PA
EMGALITY SOSY 120mg/ml QL (2 syringes / 30 days)	3	QL NM PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i> QL (40 tabs / 28 days)	3	QL PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 days)	3	QL
NURTEC TBDP 75mg QL (16 tabs / 30 days)	3	QL PA
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg; TBDP 5mg QL (18 tabs / 30 days)	3	QL
<i>rizatriptan benzoate</i> (generic of MAXALT) TABS 10mg QL (18 tabs / 30 days)	3	QL
<i>rizatriptan benzoate</i> (generic of MAXALT-MLT) TBDP 10mg QL (18 tabs / 30 days)	3	QL
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act QL (24 units / 30 days)	4	QL

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act QL (12 units / 30 days)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> (generic of IMITREX STATDOSE SYSTEM) SOAJ 6mg/0.5ml QL (12 injections / 30 days)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> SOLN 6mg/0.5ml QL (12 injections / 30 days)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> (generic of IMITREX) TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (12 tabs / 30 days)	2	QL
UBRELVY TABS 50mg, 100mg QL (16 tabs / 30 days)	3	QL PA
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
AUSTEDO XR TB24 6mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
AUSTEDO XR TB24 12mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
AUSTEDO XR TB24 18mg, 30mg, 36mg, 42mg, 48mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
AUSTEDO XR TB24 24mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT QL (2 packs / year)	5	* QL NM PA
<i>lithium</i> SOLN 8meq/5ml	4	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg	1	
<i>lithium carbonate</i> (generic of LITHOBID) TBCR 300mg	2	
<i>lithium carbonate</i> TBCR 450mg	2	
NUDEXTA CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 days)	5	* QL PA
<i>pyridostigmine bromide</i> (generic of MESTINON) TABS 60mg	3	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>tetrabenazine</i> (generic of XENAZINE) TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 days)	4	QL NM PA
<i>tetrabenazine</i> (generic of XENAZINE) TABS 25mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS TO TREAT MULTIPLE SCLEROSIS		
BAFIERTAM CPDR 95mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
BETASERON KIT .3mg QL (14 kits / 28 days)	5	* QL NM PA
COPAXONE SOSY 20mg/ml QL (30 syringes / 30 days)	5	* QL NM PA
COPAXONE SOSY 40mg/ml QL (12 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>dalfampridine</i> (generic of AMPYRA) TB12 10mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL NM PA
<i>ingolimod hcl</i> (generic of GILENYA) CAPS .5mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>glatiramer acetate</i> (generic of COPAXONE) SOSY 20mg/ml QL (30 syringes / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>glatiramer acetate</i> (generic of COPAXONE) SOSY 40mg/ml QL (12 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>glatopa</i> (generic of COPAXONE) SOSY 20mg/ml QL (30 syringes / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>glatopa</i> (generic of COPAXONE) SOSY 40mg/ml QL (12 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml QL (16 pens / 365 days)	5	* QL NM PA
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS TO TREAT MUSCLE SPASMS		
<i>baclofen</i> TABS 5mg QL (90 tabs / 30 days)	2	QL
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	2	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg QL (90 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year	3	QL PA
<i>dantrolene sodium</i> (generic of DANTRIUM) CAPS 25mg	4	
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 50mg, 100mg	4	
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg	2	
<i>tizanidine hcl</i> (generic of ZANAFLEX) TABS 4mg	2	
NARCOLEPSY/CATAPLEXY - DRUGS FOR SLEEP DISORDERS		
<i>armodafinil</i> (generic of NUVIGIL) TABS 50mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>armodafinil</i> (generic of NUVIGIL) TABS 150mg, 200mg, 250mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>modafinil</i> (generic of PROVIGIL) TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>modafinil</i> (generic of PROVIGIL) TABS 200mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>sodium oxybate</i> (generic of XYREM) SOLN 500mg/ml QL (540 mL / 30 days)	5	* QL NM PA
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	4	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg QL (180 tabs / 30 days)	3	QL
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 8mg QL (120 tabs / 30 days)	3	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 2-0.5 mg (base equiv) (generic of SUBOXONE) QL (180 films / 30 days)	4	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 4-1 mg (base equiv) (generic of SUBOXONE) QL (90 films / 30 days)	4	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 8-2 mg (base equiv) (generic of SUBOXONE) QL (120 films / 30 days)	4	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 12-3 mg (base equiv) (generic of SUBOXONE) QL (90 films / 30 days)	4	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> 2-0.5 mg (base equiv) QL (180 tabs / 30 days)	2	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> 8-2 mg (base equiv) QL (120 tabs / 30 days)	2	QL
<i>bupropion hcl</i> (smoking deterrent) TB12 150mg QL (60 tabs / 30 days)	2	QL
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	3	
KLOXXADO LIQD 8mg/0.1ml	3	
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml	3	
<i>naloxone hcl</i> SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY .4mg/ml, 2mg/2ml	2	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	3	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	
<i>varenicline tartrate</i> (generic of CHANTIX) TABS .5mg, 1mg QL (56 tabs / 28 days)	4	QL
<i>varenicline tartrate tab</i> 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack QL (2 packs / year)	4	QL
VIVITROL SUSR 380mg	5	* NM
ENDOCRINE AND METABOLIC - DRUGS TO TREAT DIABETES AND REGULATE HORMONES		
ANDROGENS - DRUGS TO REGULATE MALE HORMONES		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 days)	4	QL PA

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	3	PA
<i>testosterone pump</i> (generic of ANDROGEL PUMP) GEL 1.62% QL (150 gm / 30 days)	4	QL PA
ANTIDIABETICS		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	2	
<i>dapagliflozin propanediol</i> (generic of FARXIGA) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
FARXIGA TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	3	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> TB24 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-250 mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-500 mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 5-500 mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
GLYXAMBI TAB 10-5 MG QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
GLYXAMBI TAB 25-5 MG QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
JANUMET TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
JANUMET TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 days)	3	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
JANUMET XR TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
JANUMET XR TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
JANUMET XR TAB 100-1000 QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-500 QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-850 QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg QL (150 tabs / 30 days)	1	QL
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg QL (75 tabs / 30 days)	1	QL
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg QL (120 tabs / 30 days) (generic of GLUCOPHAGE XR)	1	QL
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg QL (60 tabs / 30 days) (generic of GLUCOPHAGE XR)	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)	3	QL PA
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml QL (1 pen / 28 days)	3	QL PA
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml QL (1 pen / 28 days)	3	QL PA
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml QL (1 pen / 28 days)	3	QL PA
<i>pioglitazone hcl</i> (generic of ACTOS) TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> tab 15-500 mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> tab 15-850 mg (generic of ACTOPLUS MET) QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>repaglinide</i> TABS 2mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL PA
TRADJENTA TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
TRULICITY SOAJ .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml QL (4 pens / 28 days)	3	QL PA
XIGDUO XR TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
XIGDUO XR TAB 5-500MG QL (60 tabs / 30 days)	3	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
XIGDUO XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
XIGDUO XR TAB 10-500MG QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
XIGDUO XR TAB 10-1000 QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
ANTIDIABETICS, INSULINS		
ADMELOG SOLN 100unit/ml	3	I B/D
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	3	I
ALCOHOL SWABS: EMBECTA-BD/MHC/RUGBY	3	PA
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY) QL (10 patches / 30 days)	4	QL PA
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY) QL (8 patches / 24 days)	4	QL PA
CEQUR SIMPL MIS INSERTER QL (2 inserters / year)	4	QL PA
FIASP SOLN 100unit/ml	3	I B/D
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	3	I
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	3	I
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	3	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	3	PA
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml)	5	I * B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	5	I *
INSULIN PEN NEEDLES: EMBECTA-BD	3	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: EMBECTA-BD	3	PA
INSULIN SYRINGES: EMBECTA-BD	3	PA
LANTUS SOLN 100unit/ml	3	I
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	3	I
NOVOLIN INJ 70/30 (brand RELION not covered)	3	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 ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
NOVOLIN INJ 70/30 FP (brand RELION not covered)	3	I
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml (brand RELION not covered)	3	I
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	3	I
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml (brand RELION not covered)	3	I B/D
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	3	I
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	3	I B/D
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	3	I
NOVOLOG FLEXPEN RELION SOPN 100unit/ml	3	I
NOVOLOG MIX INJ 70/30 (brand RELION not covered)	3	I
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN (brand RELION not covered)	3	I
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	3	I
NOVOLOG RELION SOLN 100unit/ml	3	B/D
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6 QL (1 kit / year)	4	QL PA
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6 QL (15 pods / 30 days)	4	QL PA
OMNIPOD 5 L2 KIT INTRO G6 QL (1 kit / year)	4	QL PA
OMNIPOD 5 L2 MIS PODS G6 QL (15 pods / 30 days)	4	QL PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO QL (1 kit / year)	4	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
OMNIPOD DASH MIS PODS QL (15 pods / 30 days)	4	QL PA
SOLIQUA INJ 100/33 QL (5 pens / 25 days)	3	I QL
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	3	I
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	3	I
XULTOPHY INJ 100/3.6 QL (5 pens / 30 days)	3	I QL
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg	1	
<i>alendronate sodium</i> (generic of FOSAMAX) TABS 70mg	1	
BILDYOS SOSY 60mg/ml QL (1 syringe / 180 days)	4	QL NM
BONSITY SOPN 560mcg/2.24ml QL (1 pen / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	3	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	2	B/D
OSPOMYV SOSY 60mg/ml QL (1 syringe / 180 days)	4	QL NM
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	3	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 syringe / 180 days)	4	QL NM
TERIPARATIDE SOPN 560mcg/2.24ml QL (1 pen / 28 days) (ALVOGEN product)	5	* QL NM PA
<i>teriparatide</i> (generic of FORTEO) SOPN 560mcg/2.24ml QL (1 pen / 28 days)	5	* QL NM PA
WYOST SOLN 120mg/1.7ml	5	* NM PA
XTRENBO SOLN 120mg/1.7ml	4	NM PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml	4	B/D NM

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>zoledronic acid</i> (generic of RECLAST) SOLN 5mg/100ml	4	B/D NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	5	*
<i>deferasirox</i> (generic of JADENU) TABS 90mg	3	NM PA
<i>deferasirox</i> (generic of JADENU) TABS 180mg, 360mg	4	NM PA
<i>deferasirox</i> (generic of EXJADE) TBSO 125mg	4	NM PA
<i>deferasirox</i> (generic of EXJADE) TBSO 250mg, 500mg	5	* NM PA
<i>kionex</i> SUSP 15gm/60ml	4	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	
<i>penicillamine</i> (generic of DEPEN TITRATABS) TABS 250mg	5	* NM
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> SUSP 15gm/60ml	4	
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	3	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	4	
<i>sps rectal</i> SUSP 15gm/60ml	4	
<i>trientine hcl</i> (generic of SYPRINE) CAPS 250mg	5	* NM PA
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL		
<i>afirmelle</i>	2	
<i>altavera</i>	2	
<i>alyacen 1/35</i>	2	
<i>alyacen 7/7/7</i>	2	
<i>apri</i>	2	
<i>aranelle</i>	2	
<i>aubra eq</i>	2	
<i>aurovela 1/20</i>	2	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	2	
<i>aurovela fe 1/20</i>	2	
<i>aviane</i>	2	
<i>ayuna</i>	2	
<i>azurette</i>	2	
<i>balziva</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	2	
<i>blisovi fe 1/20</i>	2	
<i>briellyn</i>	2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>camila</i> TABS .35mg	2	
<i>chateal eq</i>	2	
<i>cryselle</i>	2	
<i>cyred eq</i>	2	
<i>dasetta 1/35</i>	2	
<i>dasetta 7/7/7</i>	2	
<i>deblitane</i> TABS .35mg	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	3	
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i> (generic of YAZ)	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i> (generic of YASMIN 28)	2	
<i>elinest</i>	2	
<i>eluryng</i> (generic of NUVARING)	3	
<i>emzahh</i> TABS .35mg	2	
<i>enilloring</i> (generic of NUVARING)	3	
<i>enskyce</i>	2	
<i>errin</i> TABS .35mg	2	
<i>estarylla</i>	2	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i> (generic of NUVARING)	3	
<i>falmina</i>	2	
<i>feirza 1.5/30</i>	2	
<i>feirza 1/20</i>	2	
<i>hailey 1.5/30</i>	2	
<i>hailey fe 1/20</i>	2	
<i>heather</i> TABS .35mg	2	
<i>iclevia</i>	2	
<i>incassia</i> TABS .35mg	2	
<i>introvale</i>	2	
<i>isibloom</i>	2	
<i>jasmiel</i> (generic of YAZ)	2	
<i>jencycla</i> TABS .35mg	2	
<i>jolessa</i>	2	
<i>juleber</i>	2	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
junel 1.5/30	2	
junel 1/20	2	
junel fe 1.5/30	2	
junel fe 1/20	2	
kariva	2	
kelnor 1/35	2	
kurvelo	2	
larin 1.5/30	2	
larin 1/20	2	
larin fe 1.5/30	2	
larin fe 1/20	2	
lessina	2	
levonest	2	
levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg	2	
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg	2	
levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	2	
levora 0.15/30-28	2	
LILETTA IUD 20.1mcg/day	3	NM
loestrin 1.5/30-21	2	
loestrin 1/20-21	2	
loestrin fe 1.5/30	2	
loestrin fe 1/20	2	
loryna (generic of YAZ)	2	
low-ogestrel	2	
luizza 1.5/30	2	
luizza 1/20	2	
luteru	2	
lyleq TABS .35mg	2	
lyza TABS .35mg	2	
marlissa	2	
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) (generic of DEPO-PROVERA CONTRACEPTIV) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	3	
meleya TABS .35mg	2	
microgestin 1.5/30	2	
microgestin 1/20	2	
microgestin fe 1.5/30	2	
microgestin fe 1/20	2	
mili	2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
mono-lynyah	2	
necon 0.5/35-28	2	
NEXPLANON IMPL 68mg	3	NM
nikki (generic of YAZ)	2	
nora-be TABS .35mg	2	
norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr	3	
norethindrone (contraceptive) TABS .35mg	2	
norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	2	
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg	2	
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg	2	
norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg	2	
norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg	2	
norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg	2	
norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg	2	
norlyroc TABS .35mg	2	
nortrel 0.5/35 (28)	2	
nortrel 1/35 (21)	2	
nortrel 1/35 (28)	2	
nortrel 7/7/7	2	
nylia 1/35	2	
nylia 7/7/7	2	
orquidea TABS .35mg	2	
philith	2	
pimtrea	2	
portia-28	2	
reclipsen	2	
setlakin	2	
sharobel TABS .35mg	2	
simliya	2	
sprintec 28	2	
sronyx	2	
syeda (generic of YASMIN 28)	2	
tarina fe 1/20 eq	2	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<i>tilia fe</i>	2
<i>tri-estarylla</i>	2
<i>tri-legest fe</i>	2
<i>tri-linyah</i>	2
<i>tri-lo-estarylla</i>	2
<i>tri-lo-marzia</i>	2
<i>tri-lo-mili</i>	2
<i>tri-lo-sprintec</i>	2
<i>tri-mili</i>	2
<i>tri-sprintec</i>	2
<i>tri-vylibra</i>	2
<i>tri-vylibra lo</i>	2
<i>turqoz</i>	2
<i>valtya 1/35</i>	2
<i>valtya 1/50</i>	2
<i>velivet</i>	2
<i>vestura</i> (generic of YAZ)	2
<i>vienna</i>	2
<i>viorele</i>	2
<i>vyfemla</i>	2
<i>vylibra</i>	2
<i>wera</i>	2
<i>xarah fe</i>	2
<i>xulane</i>	3
<i>zafemy</i>	3
<i>zovia 1/35</i>	2
<i>zumandimine</i> (generic of YASMIN 28)	2
ESTROGENS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES	
<i>abigale</i> (generic of ACTIVEVELLA)	3
<i>abigale lo</i>	3
<i>dotti</i> (generic of VIVELLE-DOT) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3
<i>estradiol</i> (generic of VIVELLE-DOT) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3
<i>estradiol</i> (generic of CLIMARA) PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	3

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<i>estradiol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	3
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i> (generic of ACTIVEVELLA)	3
<i>estradiol vaginal</i> (generic of ESTRACE) CREA .1mg/gm	3
<i>estradiol vaginal</i> (generic of VAGIFEM) TABS 10mcg	4
<i>estradiol valerate</i> (generic of DELESTROGEN) OIL 10mg/ml, 20mg/ml	4
<i>estradiol valerate</i> OIL 40mg/ml	4
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	3
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	3
<i>jinteli</i>	3
<i>lyllana</i> (generic of MINIVELLE) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3
<i>mimvey</i> (generic of ACTIVEVELLA)	3
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	3
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	3
<i>yuvafem</i> (generic of VAGIFEM) TABS 10mcg	4
GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE	
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	3
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	4
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml, 10mg/ml	3
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	2

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>hydrocortisone</i> (generic of CORTEF) TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	
<i>hydrocortisone sod succinate</i> (generic of SOLU-CORTEF) SOLR 100mg	4	
<i>methylprednisolone</i> (generic of MEDROL) TABS 4mg, 8mg, 16mg	3	B/D
<i>methylprednisolone</i> TABS 32mg	3	B/D
<i>methylprednisolone</i> (generic of MEDROL DOSEPAK) TBPK 4mg	2	
<i>methylprednisolone acetate</i> (generic of DEPO-MEDROL) SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	3	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg	3	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> (generic of SOLU-MEDROL) SOLR 500mg, 1000mg	3	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	2	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 25mg/5ml	4	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 15mg/5ml	2	B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml	4	B/D
<i>prednisone</i> TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	1	B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	2	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	4	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 250mg, 500mg, 1000mg	4	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS - DRUGS TO TREAT LOW BLOOD SUGAR		
<i>diazoxide</i> (generic of PROGLYCEM) SUSP 50mg/ml	5	*
ZEGALOGUE SOAJ .6mg/0.6ml; SOSY .6mg/0.6ml	3	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	5	* NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>betaine powder for oral solution</i> (generic of CYSTADANE)	5	* NM
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	3	
<i>carglumic acid</i> (generic of CARBAGLU) TBSO 200mg	5	* NM PA
CERDELGA CAPS 84mg	5	* NM PA
CEREZYME SOLR 400unit	5	* NM PA
<i>cinacalcet hcl</i> (generic of SENSIPAR) TABS 30mg, 60mg QL (60 tabs / 30 days)	4	B/D QL NM
<i>cinacalcet hcl</i> (generic of SENSIPAR) TABS 90mg QL (120 tabs / 30 days)	4	B/D QL NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4	NM PA
<i>desmopressin acetate</i> (generic of DDAVP) SOLN 4mcg/ml	5	*
<i>desmopressin acetate</i> (generic of DDAVP) TABS .1mg, .2mg	3	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	4	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	4	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	5	* NM PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	5	* NM PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg	3	NM PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	5	* NM PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	5	* NM PA
<i>javygtor</i> (generic of KUVAN) PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	* NM PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	5	* NM PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> (generic of CARNITOR) SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	4	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	5	* NM PA

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg)	5	* NM PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg)	5	* NM PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg)	5	* NM PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> (generic of KORLYM) TABS 300mg	5	* NM PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	5	* NM PA
<i>nitisinone</i> (generic of ORFADIN) CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	5	* NM PA
<i>octreotide acetate</i> (generic of SANDOSTATIN) SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml	4	NM PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	4	NM PA
<i>octreotide acetate</i> (generic of SANDOSTATIN) SOLN 500mcg/ml	5	* NM PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	5	* NM PA
<i>raloxifene hcl</i> (generic of EVISTA) TABS 60mg	3	
REVCIVI SOLN 2.4mg/1.5ml	5	* NM PA
REZDIFFRA TABS 60mg, 80mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (generic of KUVAN) PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	* NM PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	5	* NM PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> (generic of BUPHENYL) POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5	* NM PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml	5	* NM PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	* NM PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml	5	* PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>tolvaptan</i> (generic of JYNARQUE) TABS 15mg, 30mg (generic of JYNARQUE)	5	* NM PA
<i>tolvaptan</i> (generic of JYNARQUE) TBPK 15mg	5	* NM PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 30 & 15 mg</i>	5	* NM PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 45 & 15 mg</i>	5	* NM PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 60 & 30 mg</i>	5	* NM PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 90 & 30 mg</i>	5	* NM PA
<i>zelvysia</i> (generic of KUVAN) PACK 100mg, 500mg	5	* NM PA
PROGESTINS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
<i>gallifrey</i> TABS 5mg	3	
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (generic of PROVERA) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	3	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	4	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	3	
<i>progesterone</i> (generic of PROMETRIUM) CAPS 100mg, 200mg	3	
THYROID AGENTS - DRUGS TO REGULATE THYROID LEVELS		
<i>levo-t</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	
<i>levothyroxine sodium</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>levoxyl</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	2	
<i>liomny</i> (generic of CYTOMEL) TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	3	
<i>liothyronine sodium</i> (generic of CYTOMEL) TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	3	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	3	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	4	
<i>unithroid</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol</i> (generic of ROCALTROL) CAPS .25mcg, .5mcg	2	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> (generic of ROCALTROL) SOLN 1mcg/ml	4	B/D
<i>paricalcitol</i> (generic of ZEMPLAR) CAPS 1mcg, 2mcg	4	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 4mcg	4	B/D
GASTROINTESTINAL - DRUGS TO TREAT STOMACH AND INTESTINAL DISORDERS ANTIEMETICS - DRUGS FOR NAUSEA AND VOMITING		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 125mg	4	B/D
<i>aprepitant</i> (generic of EMEND BIPACK) CAPS 80mg	4	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	4	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>dronabinol</i> (generic of MARINOL) CAPS 2.5mg QL (60 caps / 30 days)	4	B/D QL
<i>dronabinol</i> CAPS 5mg, 10mg QL (60 caps / 30 days)	4	B/D QL
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	4	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	4	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year	2	PA
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml	3	
<i>metoclopramide hcl</i> (generic of REGLAN) TABS 5mg, 10mg	1	
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	3	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	3	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml	4	B/D
<i>ondansetron hcl</i> TABS 4mg, 8mg	3	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	4	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	4	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	2	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year	3	PA
<i>promethazine hcl</i> (generic of PHENERGAN) SOLN 25mg/ml, 50mg/ml PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year	3	PA
<i>scopolamine</i> (generic of TRANSDERM SCOP) PT72 1mg/3days QL (10 patches / 30 days)	4	QL

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVE REQUISITOS / L LIMITES	
ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH SPASMS			
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg PA applies if 65 years and older	3	PA	
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml PA applies if 65 years and older	4	PA	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg QL (90 tabs / 30 days)	3	QL	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 2mg QL (120 tabs / 30 days)	3	QL	
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID			
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	3		
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml	4		
<i>famotidine</i> (generic of PEPCID) TABS 20mg, 40mg	1		
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml	3		
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	4		
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE			
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	3		
<i>budesonide</i> CPEP 3mg QL (90 caps / 30 days)	4	QL	
<i>budesonide</i> (generic of UCERIS) TB24 9mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL PA	
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> (generic of CORTENEMA) ENEM 100mg/60ml	4		
<i>mesalamine</i> (generic of APRISO) CP24 .375gm QL (120 caps / 30 days)	4	QL	
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg QL (180 caps / 30 days)	4	QL	
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm QL (1680 mL / 28 days)	4	QL	
<i>mesalamine</i> (generic of CANASA) SUPP 1000mg QL (30 suppositories / 30 days)	4	QL	

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVE REQUISITOS / L LIMITES	
<i>mesalamine</i> (generic of LIALDA) TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 days)	4	QL	
<i>mesalamine w/ cleanser</i> (generic of ROWASA) KIT 4gm QL (28 bottles / 28 days)	4	QL	
<i>sulfasalazine</i> (generic of AZULFIDINE) TABS 500mg	2		
<i>sulfasalazine</i> (generic of AZULFIDINE EN-TABS) TBEC 500mg	3		
LAXATIVES			
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	2		
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	2		
<i>gavilyte-c</i>	2		
<i>gavilyte-g</i> (generic of GOLYTELY)	2		
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	2		
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	2		
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	2		
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	2		
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln</i> 236 gm (generic of GOLYTELY)	2		
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i> 420 gm	2		
PLENVU SOL	4		
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i> 17.5-3.13-1.6 gm/177ml (generic of SUPREP BOWEL PREP KIT)	3		
MISCELLANEOUS			
<i>alose tron hcl</i> (generic of LOTRONEX) TABS 1mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL PA	
<i>alose tron hcl</i> (generic of LOTRONEX) TABS .5mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL PA	
CREON CAP 3000UNIT	3		
CREON CAP 6000UNIT	3		
CREON CAP 12000UNT	3		
CREON CAP 24000UNT	3		
CREON CAP 36000UNT	3		

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>cromolyn sodium</i> (generic of GASTROCROM) CONC 100mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab</i> 2.5-0.025 mg (generic of LOMOTIL)	4	
GATTEX KIT 5mg	5	* NM PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg QL (30 caps / 30 days)	3	QL
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	2	
<i>misoprostol</i> (generic of CYTOTEC) TABS 100mcg, 200mcg	3	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
RELISTOR SOLN 12mg/0.6ml QL (28 vials / 28 days)	5	* QL PA
RELISTOR SOSY 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml QL (28 syringes / 28 days)	5	* QL PA
<i>sucralfate</i> (generic of CARAFATE) TABS 1gm	3	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg	4	
<i>ursodiol</i> TABS 250mg	3	
<i>ursodiol</i> (generic of URSO FORTE) TABS 500mg	3	
VOQUEZNA PAK DUAL PAK QL (2 kits / year)	3	QL PA
VOQUEZNA PAK TRIP PK QL (2 kits / year)	3	QL PA
VOWST CAP QL (12 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
XERMELO TABS 250mg QL (84 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
XIFAXAN TABS 550mg	5	* PA
ZENPEP CAP 3000UNIT	4	
ZENPEP CAP 5000UNIT	4	
ZENPEP CAP 10000UNT	4	
ZENPEP CAP 15000UNT	4	
ZENPEP CAP 20000UNT	4	
ZENPEP CAP 25000UNT	4	
ZENPEP CAP 40000UNT	4	
ZENPEP CAP 60000UNT	4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO **NIVE REQUISITOS / LIMITES**
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID

<i>esomeprazole magnesium</i> (generic of NEXIUM) CPDR 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 days)	3	QL ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg QL (60 caps / 30 days)	3	QL
<i>lansoprazole</i> (generic of PREVACID) CPDR 30mg QL (60 caps / 30 days)	3	QL
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>pantoprazole sodium</i> (generic of PANTOPRAZOLE SODIUM) SOLR 40mg	4	
<i>pantoprazole sodium</i> (generic of PROTONIX) TBEC 20mg, 40mg	1	

GENITOURINARY - DRUGS TO TREAT GENITAL AND URINARY TRACT CONDITIONS
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA - DRUGS TO TREAT ENLARGED PROSTATE

<i>alfuzosin hcl</i> (generic of UROXATRAL) TB24 10mg QL (30 tabs / 30 days)	2	QL
<i>dutasteride</i> (generic of AVODART) CAPS .5mg QL (30 caps / 30 days)	3	QL
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg (generic of JALYN) QL (30 caps / 30 days)	3	QL
<i>finasteride</i> (generic of PROSCAR) TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>tadalafil</i> (generic of CIALIS) TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL

MISCELLANEOUS

<i>acetic acid</i> SOLN .25%	2	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>potassium citrate</i> (alkalinizer) (generic of UROCIT-K 15) TBCR 15meq	3	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 540mg	3	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> (generic of UROCIT-K 10) TBCR 1080mg	3	
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS TO TREAT URINARY INCONTINENCE		
GEMTESA TABS 75mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml QL (300 mL / 28 days)	3	QL
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml QL (600 mL / 30 days)	3	QL
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg QL (120 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
<i>solifenacin succinate</i> (generic of VESICARE) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg QL (30 caps / 30 days)	4	QL
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL
<i>trospium chloride</i> TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> (generic of CLEOCIN) CREA 2%	3	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	3	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	3	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
HEMATOLOGIC - DRUGS TO TREAT BLOOD DISORDERS		
ANTICOAGULANTS - BLOOD THINNERS		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> (generic of PRADAXA) CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 days)	3	QL
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> (generic of PRADAXA) CAPS 110mg QL (120 caps / 30 days)	3	QL
ELIQUIS CPSP .15mg QL (56 caps / 21 days)	3	QL
ELIQUIS TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
ELIQUIS TABS 5mg QL (74 tabs / 30 days)	3	QL
ELIQUIS TBSO .5mg QL (588 tabs / 29 days)	3	QL
ELIQUIS (1.5MG PACK) 3 X TBSO .5mg QL (591 tabs / 29 days)	3	QL
ELIQUIS (2MG PACK) 4 X TBSO .5mg QL (592 tabs / 30 days)	3	QL
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 days)	3	QL
<i>enoxaparin sodium</i> (generic of LOVENOX) SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> (generic of ARIXTRA) SOLN 2.5mg/0.5ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> (generic of ARIXTRA) SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	5	*
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	3	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
<i>rivaroxaban</i> (generic of XARELTO) SUSR 1mg/ml QL (620 mL / 30 days)	3	QL
<i>rivaroxaban</i> (generic of XARELTO) TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
XARELTO TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
XARELTO STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 days)	3	QL
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
FULPHILA SOSY 6mg/0.6ml QL (2 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	NM PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	* NM PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	* NM PA
MISCELLANEOUS		
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>anagrelide hcl</i> CAPS 1mg	4	
<i>anagrelide hcl</i> (generic of AGRYLIN) CAPS .5mg	4	
BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	2	
DOPTELET TABS 20mg	5	* NM PA
DOPTELET SPRINKLE CPSP 10mg	5	* NM PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 vials / 30 days)	5	* QL NM PA
HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 vials / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>icatibant acetate</i> (generic of FIRAZYR) SOSY 30mg/3ml QL (9 syringes / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> (generic of ENDARI) PACK 5gm	5	* NM PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	2	
<i>sajazir</i> (generic of FIRAZYR) SOSY 30mg/3ml QL (9 syringes / 30 days)	5	* QL NM PA
SIKLOS TABS 100mg	4	
SIKLOS TABS 1000mg	5	*
TAVNEOS CAPS 10mg QL (180 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>tranexamic acid</i> (generic of CYKLOKAPRON) SOLN 1000mg/10ml	4	
<i>tranexamic acid</i> TABS 650mg	3	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
<i>aspirin-dipyridamole cap er</i> 12hr 25-200 mg	4	
<i>clopidogrel bisulfate</i> (generic of PLAVIX) TABS 75mg	1	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg PA applies if 65 years and older	3	PA
<i>prasugrel hcl</i> (generic of EFFIENT) TABS 5mg, 10mg	3	
<i>ticagrelor</i> (generic of BRILINTA) TABS 60mg, 90mg	3	
IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE SYSTEM		
AUTOIMMUNE AGENTS		
ADALIMUMAB-BWWD SOAJ 40mg/0.4ml QL (6 autoinjectors / 28 days)	5	* QL NM PA

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS	LIMITES	NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS	LIMITES
ADALIMUMAB-BWWD SOSY 40mg/0.4ml QL (6 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA	HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA
BIMZELX SOAJ 160mg/ml, 320mg/2ml QL (2 pens / 28 days)	5	*	QL NM PA	HUMIRA PEN AJKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 days)	5	*	QL NM PA
BIMZELX SOSY 160mg/ml, 320mg/2ml QL (2 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA	HUMIRA PEN AJKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 days)	5	*	QL NM PA
DUPIXENT SOAJ 200mg/1.14ml, 300mg/2ml QL (4 pens / 28 days)	5	*	QL NM PA	HUMIRA PEN KIT PS/UV QL (3 pens / 28 days)	5	*	QL NM PA
DUPIXENT SOSY 200mg/1.14ml, 300mg/2ml QL (4 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA	HUMIRA PEN-CD/UC/HS START AJKT 80mg/0.8ml QL (3 pens / 28 days)	5	*	QL NM PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml QL (16 vials / 28 days)	5	*	QL NM PA	INFLIXIMAB SOLR 100mg	5	*	NM PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA	KINERET SOSY 100mg/0.67ml QL (28 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA	PYZCHIVA SOAJ 45mg/0.5ml QL (1 pen / 28 days)	3		QL NM PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 cartridges / 28 days)	5	*	QL NM PA	PYZCHIVA SOAJ 90mg/ml QL (1 pen / 28 days)	5	*	QL NM PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 pens / 28 days)	5	*	QL NM PA	PYZCHIVA SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 28 days)	3		QL NM PA
HADLIMA SOSY 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA	PYZCHIVA SOLN 130mg/26ml	5	*	NM PA
HADLIMA PUSH TOUCH SOAJ 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 autoinjectors / 28 days)	5	*	QL NM PA	PYZCHIVA SOSY 45mg/0.5ml QL (1 syringe / 28 days)	3		QL NM PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml QL (2 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA	PYZCHIVA SOSY 90mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	5	*	QL NM PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml QL (4 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA	REMICADE SOLR 100mg	5	*	NM PA
				REN FLEXIS SOLR 100mg	5	*	NM PA
				RINVOQ TB24 15mg, 30mg QL (30 tabs / 30 days)	5	*	QL NM PA
				RINVOQ TB24 45mg QL (168 tabs / year)	5	*	QL NM PA
				RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml QL (360 mL / 30 days)	5	*	QL NM PA
				SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml QL (1 cartridge / 56 days)	5	*	QL NM PA
				SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	5	*	NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (6 syringes / 365 days)	5	* QL NM PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (6 pens / 365 days)	5	* QL NM PA
SOTYKTU TABS 6mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 28 days)	5	* QL NM PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	5	* NM PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL NM PA
TREMFYA SOAJ 200mg/2ml QL (2 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
TREMFYA SOLN 200mg/20ml	5	* NM PA
TREMFYA SOPN 100mg/ml QL (1 pen / 28 days)	5	* QL NM PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL NM PA
TREMFYA SOSY 200mg/2ml QL (2 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
TREMFYA INDUCTION PACK FO SOAJ 200mg/2ml QL (2 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
TREMFYA PEN SOAJ 100mg/ml QL (1 pen / 28 days)	5	* QL NM PA
TYENNE SOAJ 162mg/0.9ml QL (4 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
TYENNE SOLN 80mg/4ml, 200mg/10ml, 400mg/20ml	5	* NM PA
TYENNE SOSY 162mg/0.9ml QL (4 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
USTEKINUMAB SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 28 days)	5	* QL NM PA
USTEKINUMAB SOLN 130mg/26ml	5	* NM PA
USTEKINUMAB SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL NM PA
VELSIPITY TABS 2mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
XELJANZ SOLN 1mg/ml QL (480 mL / 24 days)	5	* QL NM PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
YESINTEK SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 28 days)	3	QL NM PA
YESINTEK SOLN 130mg/26ml	3	NM PA
YESINTEK SOSY 45mg/0.5ml QL (1 syringe / 28 days)	3	QL NM PA
YESINTEK SOSY 90mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL NM PA
DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS) - DRUGS TO TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> (generic of PLAQUENIL) TABS 200mg	3	
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	4	B/D
<i>leflunomide</i> (generic of ARAVA) TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	3	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4	B/D
IMMUNOGLOBULINS		
ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	* NM PA
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	5	* NM PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	5	* NM PA
GAMASTAN INJ	4	B/D NM
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	* NM PA
GAMMAGARD LIQUID ERC SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml	5	* NM PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	5	* NM PA

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES		NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES		L	LIMITES
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	* NM PA	<i>everolimus</i> (<i>immunosuppressant</i>) (generic of ZORTRESS) TABS .5mg, .75mg, 1mg	5	* B/D NM
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	* NM PA	<i>everolimus</i> (<i>immunosuppressant</i>) (generic of ZORTRESS) TABS .25mg	4	B/D NM
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	* NM PA	<i>gengraf</i> (generic of NEORAL) CAPS 25mg, 100mg	4	B/D NM
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	* NM PA	<i>mycophenolate mofetil</i> (generic of CELLCEPT) CAPS 250mg; TABS 500mg	3	B/D NM
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	* NM PA	<i>mycophenolate mofetil</i> (generic of CELLCEPT) SUSR 200mg/ml	5	* B/D NM
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	* NM PA	<i>mycophenolate sodium</i> (generic of MYFORTIC) TBEC 180mg, 360mg	4	B/D NM
IMMUNOMODULATORS			NULOJIX SOLR 250mg	5	* B/D NM
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	5	* NM PA	PROGRAF PACK .2mg, 1mg	4	B/D NM
ARCALYST SOLR 220mg	5	* NM PA	REZUROCK TABS 200mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
IMMUNOSUPPRESSANTS			<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	4	B/D NM
ASTAGRAF XL CP24 5mg	5	* B/D NM	<i>tacrolimus</i> (generic of PROGRAF) CAPS .5mg, 1mg, 5mg	4	B/D NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	4	B/D NM	VACCINES		
<i>azathioprine</i> (generic of IMURAN) TABS 50mg	3	B/D	ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	1	PA
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml QL (8 pens / 28 days)	5	* QL NM PA	ACTHIB INJ	1	
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	5	* NM PA	ADACEL INJ	1	
BENLYSTA SOSY 200mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA	AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	PA
<i>cyclosporine</i> (generic of SANDIMMUNE) CAPS 25mg, 100mg	4	B/D NM	BCG VACCINE SOLR 50mg	1	
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> (generic of NEORAL) CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D NM	BEXSERO SUSY .5ml	1	
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 50mg	4	B/D NM	BOOSTRIX INJ	1	
			DAPTACEL INJ	1	
			DENGVAXIA SUS	1	
			ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	1	B/D
			GARDASIL 9 SUSP .5ml; SUSY .5ml	1	
			HAVRIX SUSY 720elu/0.5ml, 1440unit/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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	1	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	1	B/D
INFANRIX INJ	1	
IPOL INJ INACTIVE	1	
IXIARO INJ	1	
JYNNEOS SUSP .5ml	1	B/D
KINRIX INJ	1	
M-M-R II INJ	1	
MENQUADFI SOLN .5ml	1	
MENVEO INJ	1	
MENVEO SOL	1	
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	1	PA
PEDIARIX INJ 0.5ML	1	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	1	
PENBRAYA INJ	1	
PENMENVY INJ	1	
PENTACEL INJ	1	
PRIORIX INJ	1	
PROQUAD INJ	1	
QUADRACEL INJ 0.5ML	1	
RABAVERT INJ	1	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	1	B/D
ROTARIX SUS	1	
ROTATEQ SOL	1	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml QL (2 vials per lifetime)	1	QL
SHINGRIX SUSY 50mcg/0.5ml QL (2 syringes per lifetime)	1	QL
TENIVAC INJ 5-2LF	1	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	1	
TRUMENBA SUSY .5ml	1	
TWINRIX INJ	1	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml; SUSY 25unit/0.5ml, 50unit/ml	1	
VARIVAX SUSR 1350pfu/0.5ml	1	
VAXCHORA SUS	1	
VIMKUNYA SUSY 40mcg/0.8ml	1	
VIVOTIF CAP EC	1	
YF-VAX INJ	1	
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NAACL INJ 0.45%	4	
D5W/NAACL INJ 0.2%	3	
D5W/NAACL INJ 0.45%	3	
D10W/NAACL INJ 0.2%	3	
D10W/NAACL INJ 0.45%	3	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45% (generic of DEXTROSE 2.5%/SODIUM CHLO)</i>	3	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	3	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3% (generic of DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORI)</i>	3	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9% (generic of DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORI)</i>	3	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45% (generic of DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORI)</i>	3	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225% (generic of DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE)</i>	3	
ISOLYTE-P INJ /D5W	4	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	4	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj (generic of KCL 0.075%/D5W/NAACL 0.45%)</i>	3	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES	NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	3		<i>magnesium sulfate SOLN 3gm/100ml</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3		<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml (generic of MAGNESIUM SULFATE IN D5W)</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)</i>	3		<i>multiple electrolytes ph 5.5 (generic of PLASMA-LYTE A)</i>	4	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)</i>	3		POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	4	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.9% inj</i>	3		POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	4	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	3		POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	4	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj (generic of POTASSIUM CHLORIDE/DEXTRO)</i>	3		<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml</i>	3	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj (generic of KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9%)</i>	3		<i>potassium chloride (generic of POTASSIUM CHLORIDE) SOLN 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml</i>	3	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj (generic of KCL 0.3%/D5W/NACL 0.45%)</i>	3		<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj (generic of POTASSIUM CHLORIDE/DEXTRO)</i>	3	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)</i>	3		<i>sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	3	
<i>kcl 40 meq/l (0.298%) in nacl 0.9% inj</i>	3		TPN ELECTROL INJ	4	B/D
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4		ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2	3		<i>klor-con PACK 20meq</i>	4	
LACTATED RIN INJ	4		KLOR-CON 8 TBCR 8meq	2	
<i>lactated ringer's solution (generic of LACTATED RINGERS)</i>	3		<i>klor-con 10 TBCR 10meq</i>	2	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	3		KLOR-CON 10 TBCR 10meq	2	
<i>magnesium sulfate (generic of MAGNESIUM SULFATE) SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	3		<i>klor-con m10 TBCR 10meq</i>	2	
			<i>klor-con m15 TBCR 15meq</i>	2	
			<i>klor-con m20 TBCR 20meq</i>	2	
			M-NATAL PLUS TAB	3	
			<i>potassium chloride CPCR 8meq, 10meq; TBCR 10meq, 20meq</i>	2	
			<i>potassium chloride PACK 20meq; SOLN 10%, 20%</i>	4	
			<i>potassium chloride (generic of KLOR-CON 8) TBCR 8meq</i>	2	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>potassium chloride</i>	2	
<i>microencapsulated crystals er</i> TBCR 10meq, 15meq, 20meq		
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	3	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1</i> (0.5 f) mg/ml soln	2	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	3	

IV NUTRITION

<i>aminosyn ii soln 15%</i>	4	B/D
AMINOSYN INJ 10%	4	B/D
AMINOSYN-PF INJ 10%	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	4	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	4	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	B/D
<i>dextrose</i> (generic of DEXTROSE 5%) SOLN 5%	3	
<i>dextrose</i> (generic of DEXTROSE 10%) SOLN 10%	3	
<i>dextrose</i> SOLN 50%	3	B/D
DEXTROSE 10% SOLN 10%	3	
DEXTROSE 70% SOLN 70%	3	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	4	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	4	B/D
<i>plenamine</i>	4	B/D
PREMASOL SOL 10%	5	* B/D
PROSOL INJ 20%	4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	4	B/D

OPHTHALMIC - DRUGS TO TREAT EYE CONDITIONS

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

<i>bacitracin-polymyxin- neomycin-hc ophth oint 1%</i>	3	
<i>loteprednol etabonate- tobramycin ophth susp 0.5- 0.3%</i> (generic of ZYLET)	3	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth oint 0.1%</i> (generic of MAXITROL)	2	
<i>neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth susp 0.1%</i> (generic of MAXITROL)	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	4	
<i>sulfacetamide sodium- prednisolone ophth soln 10- 0.23(0.25)%</i>	2	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	3	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	3	

ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS

<i>bacitracin (ophthalmic)</i> OINT 500unit/gm	3	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	2	
<i>besifloxacin hcl</i> SUSP .6%	3	
BESIVANCE SUSP .6%	3	
CILOXAN OINT .3%	3	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> SOLN .3%	2	
<i>erythromycin (ophth)</i> OINT 5mg/gm	2	
<i>gatifloxacin (ophth)</i> SOLN .5%	3	
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> SOLN .3%	2	
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> (generic of VIGAMOX) SOLN .5%	3	QL
QL (12 mL / 30 days)		
NATACYN SUSP 5%	4	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	3	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt- mg/ml</i>	3	
<i>ofloxacin (ophth)</i> (generic of OCUFLOX) SOLN .3%	2	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> SOLN 10%	3	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>tobramycin (ophth)</i> SOLN .3%	1	
<i>trifluridine</i> SOLN 1%	4	
XDEMVI SOLN .25%	5	* NM PA
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION		
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	3	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	2	
<i>fluorometholone (ophth)</i> (generic of FML LIQUIFILM) SUSP .1%	3	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> (generic of ACULAR LS) SOLN .4%	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> (generic of ACULAR) SOLN .5%	2	
LOTEMAX OINT .5%	3	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> (generic of PRED FORTE) SUSP 1%	3	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	3	
ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	2	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	2	
ZERVIATE SOLN .24%	4	
ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	3	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	1	
<i>brinzolamide</i> (generic of AZOPT) SUSP 1%	4	ST
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	2	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	2	

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

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	3	
<i>ofloxacin (otic) SOLN .3%</i>	4	
RESPIRATORY - DRUGS TO TREAT BREATHING DISORDERS		
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT COPD		
ANORO ELLIPTA AER 62.5-25 QL (60 blisters / 30 days)	3	QL
BEVESPI AER 9-4.8MCG QL (1 inhaler / 30 days)	3	QL
BREZTRI AERO AER SPHERE QL (1 inhaler / 30 days)	3	QL
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) QL (4 inhalers / 28 days)	3	QL
COMBIVENT AER 20-100 QL (2 inhalers / 30 days)	4	QL
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	3	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 days)	3	QL
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 days)	3	QL
ANTICHOLINERGICS - DRUGS TO TREAT COPD		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	4	QL
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh QL (30 blisters / 30 days)	3	QL
<i>ipratropium bromide SOLN .02%</i>	2	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	3	
SPIRIVA RESPIMAT AERS 1.25mcg/act QL (1 inhaler / 30 days)	4	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
ANTI-HISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>azelastine hcl SOLN .1%</i>	2	
<i>cetirizine hcl SOLN 5mg/5ml</i> QL (300 mL / 30 days)	2	QL
<i>cyproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg</i> PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year	3	PA
<i>diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml</i>	3	
<i>hydroxyzine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml</i> PA applies if 65 years and older	4	PA
<i>hydroxyzine hcl SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg</i> PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year	3	PA
<i>hydroxyzine pamoate CAPS 25mg, 50mg</i> PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year	3	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride SOLN 2.5mg/5ml</i> QL (300 mL / 30 days)	4	QL
<i>levocetirizine dihydrochloride TABS 5mg</i> QL (30 tabs / 30 days)	2	QL
BETA AGONISTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
<i>albuterol sulfate AERS 108mcg/act</i> QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Proair HFA)	3	QL
<i>albuterol sulfate AERS 108mcg/act</i> QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Proventil HFA)	3	QL
<i>albuterol sulfate AERS 108mcg/act</i> QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Ventolin HFA)	3	QL

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	3	B/D
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083% 2	2	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml	3	
<i>albuterol sulfate</i> TABS 2mg, 4mg	4	
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	3	QL ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose QL (60 inhalations / 30 days)	3	QL
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	4	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	3	QL
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act QL (6 inhalers / 30 days)	3	QL
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> (generic of SINGULAIR) CHEW 4mg, 5mg	2	
<i>montelukast sodium</i> (generic of SINGULAIR) PACK 4mg	4	
<i>montelukast sodium</i> (generic of SINGULAIR) TABS 10mg	1	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	3	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	4	B/D
ALYFTREK TAB 4-20-50 QL (84 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
ALYFTREK TAB 10-50-125 QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5	* NM PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	3	B/D
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> (generic of EPIPEN 2-PAK) SOAJ .3mg/0.3ml (generic of EpiPen)	3	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> (generic of EPIPEN-JR 2-PAK) SOAJ .15mg/0.3ml (generic of EpiPen)	3	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (generic of Adrenaclick)	3	
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL NM PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml QL (1 pen / 28 days)	5	* QL NM PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packets / 28 days)	5	* QL NM PA
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
ORKAMBI GRA 75-94MG QL (56 packets / 28 days)	5	* QL NM PA
ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packets / 28 days)	5	* QL NM PA
ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packets / 28 days)	5	* QL NM PA
ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg QL (270 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>pirfenidone</i> (generic of ESBRIET) TABS 267mg QL (270 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>pirfenidone</i> (generic of ESBRIET) TABS 801mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	5	* NM PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	5	* NM PA

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>roflumilast</i> (generic of DALIRESP) TABS 250mcg QL (56 tabs / year)	4	QL
<i>roflumilast</i> (generic of DALIRESP) TABS 500mcg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL
SYMDEKO TAB 50-75MG QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
SYMDEKO TAB 100-150 QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg	4	
<i>theophylline</i> TB24 400mg, 600mg	3	
TRIKAFTA PAK 59.5MG QL (56 packs / 28 days)	5	* QL NM PA
TRIKAFTA PAK 75MG QL (56 packs / 28 days)	5	* QL NM PA
TRIKAFTA TAB 50-25- 37.5MG & 75MG QL (84 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG QL (84 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 300mg/2ml QL (4 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
XOLAIR SOAJ 150mg/ml QL (8 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
XOLAIR SOLR 150mg QL (8 vials / 28 days)	5	* QL NM PA
XOLAIR SOSY 75mg/0.5ml, 300mg/2ml QL (4 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
XOLAIR SOSY 150mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	5	* NM PA
NASAL STEROIDS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>flunisolide</i> (nasal) SOLN .025% QL (3 bottles / 30 days)	3	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>fluticasone propionate</i> (nasal) SUSP 50mcg/act QL (1 bottle / 30 days)	2	QL
XHANCE EXHU 93mcg/act QL (32 mL / 30 days)	4	QL PA
STEROID INHALANTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA		
ALVESCO AERS 80mcg/act QL (3 inhalers / 30 days)	4	QL
ALVESCO AERS 160mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	4	QL
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalations / 30 days)	3	QL
<i>budesonide</i> (inhalation) (generic of PULMICORT) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	4	B/D
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
ADVAIR HFA AER 45/21 QL (1 inhaler / 30 days)	3	QL
ADVAIR HFA AER 115/21 QL (1 inhaler / 30 days)	3	QL
ADVAIR HFA AER 230/21 QL (1 inhaler / 30 days)	3	QL
AIRSUPRA AER 90-80MCG QL (3 inhalers / 30 days)	3	QL
BREO ELLIPTA INH 50- 25MCG QL (60 blisters / 30 days)	3	QL
BREO ELLIPTA INH 100-25 QL (60 blisters / 30 days)	3	QL
BREO ELLIPTA INH 200-25 QL (60 blisters / 30 days)	3	QL
<i>breyana</i> (generic of SYMBICORT) QL (3 inhalers / 30 days)	3	QL
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol</i> 80-4.5 mcg/act (generic of SYMBICORT) QL (3 inhalers / 30 days)	3	QL

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i> (generic of SYMBICORT) QL (3 inhalers / 30 days)	3	QL
DULERA AER 50-5MCG QL (3 inhalers / 30 days)	4	QL
DULERA AER 100-5MCG QL (3 inhalers / 30 days)	4	QL
DULERA AER 200-5MCG QL (3 inhalers / 30 days)	4	QL
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i> (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days) (generic PRASCO not covered)	3	QL
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i> (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days) (generic PRASCO not covered)	3	QL
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i> (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days) (generic PRASCO not covered)	3	QL
<i>wixela inhub</i> (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days)	3	QL
TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS		
DERMATOLOGY, ACNE		
<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
<i>amnestem</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> (generic of BENZAMYCIN) QL (46.6 gm / 30 days)	4	QL
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>clindamycin phosph-benzoyl peroxide (refrig) gel 1.2 (1)-5%</i> QL (45 gm / 30 days)	3	QL
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> (generic of CLINDAGEL) GEL 1% QL (75 mL / 30 days)	3	QL PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> (generic of CLEOCIN-T) LOTN 1% QL (60 mL / 30 days)	3	QL
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> SOLN 1% QL (60 mL / 30 days)	3	QL
<i>ery PADS 2%</i> QL (60 pledgets / 30 days)	3	QL
<i>erythromycin (acne aid) 2%</i> QL (60 gm / 30 days)	3	QL
<i>erythromycin (acne aid) SOLN 2%</i> QL (60 mL / 30 days)	3	QL
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
<i>neuac</i> QL (45 gm / 30 days)	3	QL
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> (generic of KLARON) LOTN 10% QL (118 mL / 30 days)	4	QL
<i>tretinoin</i> (generic of RETIN-A) CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025% QL (45 gm / 30 days)	4	QL PA
<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1% QL (60 gm / 30 days)	3	QL
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1% QL (30 gm / 30 days)	3	QL
<i>mupirocin</i> OINT 2% QL (220 gm / 30 days)	2	QL
<i>silver sulfadiazine</i> (generic of SILVADENE) CREA 1%	2	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
ssd (generic of SILVADENE) CREA 1%	2	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm QL (453.6 gm / 30 days)	4	QL
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
ciclopirox SHAM 1% QL (120 mL / 30 days)	3	QL
ciclopirox olamine CREA .77% QL (90 gm / 30 days)	3	QL
ciclopirox olamine SUSP .77% QL (60 mL / 30 days)	3	QL
clotrimazole (topical) CREA 1% QL (45 gm / 30 days)	2	QL
clotrimazole (topical) SOLN 1% QL (60 mL / 30 days)	3	QL
clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05% QL (45 gm / 30 days)	3	QL
econazole nitrate CREA 1% QL (85 gm / 30 days)	3	QL
ketoconazole (topical) CREA 2% QL (60 gm / 30 days)	3	QL
ketoconazole (topical) SHAM 2% QL (120 mL / 30 days)	2	QL
klayesta POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	3	QL
nyamyc POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	3	QL
nystatin (topical) CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm QL (30 gm / 30 days)	2	QL
nystatin (topical) POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	3	QL
nystop POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	3	QL
selenium sulfide LOTN 2.5%	2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
acitretin CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	4	PA
calcipotriene CREA .005%; OINT .005% QL (120 gm / 30 days)	4	QL PA
calcipotriene SOLN .005% QL (120 mL / 30 days)	3	QL PA
calcitrene OINT .005% QL (120 gm / 30 days)	4	QL PA
ENSTILAR AER QL (120 gm / 30 days)	5	* QL PA
tazarotene (generic of TAZORAC) CREA .05%, .1% QL (60 gm / 30 days)	3	QL PA
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
ala-cort CREA 1%	1	
alclometasone dipropionate CREA .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 days)	3	QL
betamethasone dipropionate (topical) CREA .05% QL (120 gm / 30 days)	3	QL
betamethasone dipropionate (topical) LOTN .05% QL (120 mL / 30 days)	3	QL
betamethasone dipropionate (topical) OINT .05% QL (120 gm / 30 days)	4	QL
betamethasone dipropionate augmented CREA .05% QL (120 gm / 30 days)	2	QL
betamethasone dipropionate augmented GEL .05% QL (120 gm / 30 days)	4	QL
betamethasone dipropionate augmented LOTN .05% QL (120 mL / 30 days)	4	QL
betamethasone dipropionate augmented (generic of DIPROLENE) OINT .05% QL (120 gm / 30 days)	4	QL
betamethasone valerate CREA .1%; OINT .1% QL (120 gm / 30 days)	3	QL
betamethasone valerate LOTN .1% QL (120 mL / 30 days)	3	QL

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05% QL (120 gm / 30 days)	4	QL
<i>clobetasol propionate</i> (generic of CLOBEX) SHAM .05% QL (236 mL / 30 days)	4	QL
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05% QL (100 mL / 30 days)	4	QL
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 days)	4	QL
<i>clodan</i> (generic of CLOBEX) SHAM .05% QL (236 mL / 30 days)	4	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01% QL (60 gm / 30 days)	4	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of SYNALAR) CREA .025% QL (120 gm / 30 days)	4	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of DERMA-SMOOTH/FS BODY) OIL .01% QL (118.28 mL / 30 days)	3	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of DERMA-SMOOTH/FS SCALP) OIL .01% QL (118.28 mL / 30 days)	3	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of SYNALAR) OINT .025% QL (120 gm / 30 days)	3	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01% QL (60 mL / 30 days)	4	QL
<i>fluocinonide</i> (generic of VANOS) CREA .1% QL (120 gm / 30 days)	3	QL
<i>fluocinonide</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 days)	3	QL
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 days)	4	QL

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

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>lidocan</i> (generic of LIDODERM) PTCH 5% QL (3 patches / 1 day)	4	QL PA
<i>tridacaine ii</i> (generic of LIDODERM) PTCH 5% QL (3 patches / 1 day)	4	QL PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
<i>bexarotene (topical)</i> (generic of TARGRETIN) GEL 1% QL (60 gm / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5% QL (300 mL / 28 days)	3	QL
EUCRISA OINT 2% QL (120 gm / 30 days)	4	QL PA
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5% QL (40 gm / 30 days)	4	QL
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5% QL (10 mL / 30 days)	3	QL
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%	3	
<i>hydrocortisone (rectal)</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	3	
<i>imiquimod</i> CREA 5% QL (24 packets / 30 days)	3	QL
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	2	
<i>metronidazole (topical)</i> (generic of METROCREAM) CREA .75% QL (45 gm / 30 days)	3	QL
<i>metronidazole (topical)</i> GEL .75% QL (45 gm / 30 days)	3	QL
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75% QL (59 mL / 30 days)	4	QL
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> (generic of RECTIV) OINT .4% QL (30 gm / 30 days)	4	QL
PANRETIN GEL .1% QL (60 gm / 30 days)	5	* QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>pimecrolimus</i> CREA 1% QL (100 gm / 30 days)	4	QL PA
<i>podofilox</i> SOLN .5% QL (7 mL / 28 days)	3	QL
<i>procto-med hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	3	
<i>proctocort</i> CREA 1%	3	
<i>proctosol hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	3	
<i>proctozone-hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	3	
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1% QL (100 gm / 30 days)	4	QL PA
VALCHLOR GEL .016% QL (60 gm / 30 days)	5	* QL NM PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>malathion</i> LOTN .5% QL (59 mL / 30 days)	4	QL
<i>permethrin</i> (generic of PERMETHRIN) CREA 5% QL (60 gm / 30 days)	3	QL
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
SANTYL OINT 250unit/gm QL (180 gm / 30 days)	4	QL PA
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	3	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	2	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> (generic of PERIDEX) SOLN .12%	1	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg QL (150 lozenges / 30 days)	3	QL
<i>kourzeq</i> PSTE .1%	3	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	2	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> (generic of NYSTATIN) SUSP 100000unit/ml	2	
<i>perio gard</i> (generic of PERIDEX) SOLN .12%	1	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> (generic of SALAGEN) TABS 5mg, 7.5mg	3	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<i>triamcinolone acetonide</i> <i>(mouth) PSTE .1%</i>	3

Index

- A**
abacavir sulfate.....15
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg.....16
abigale.....53
abigale lo.....53
ABILIFY
 see *aripiprazole*.....37
ABILIFY ASIMTUFII.....37
ABILIFY MAINTENA.....37
abiraterone acetate.....20
abirtega.....20
ABRAXANE
 see *paclitaxel inj 100mg*.....22
ABRYSVO.....63
acamprosate calcium.....47
acarbose.....48
accutane.....71
acebutolol hcl.....31
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml.....11
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg.....12
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg.....12
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg.....12
acetazolamide.....32
acetic acid.....58
acetic acid (otic).....67
acetylcysteine.....69
acitretin.....72
ACTHIB INJ.....63
ACTIMMUNE.....63
ACTIVEVILLA
 see *abigale*.....53
 see *estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg*.....53
 see *mimvey*.....53
ACTOPLUS MET
 see *pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg*.....49
ACTOS
 see *pioglitazone hcl*.....49
ACULAR
 see *ketorolac tromethamine (ophth)*.....67
ACULAR LS
 see *ketorolac tromethamine (ophth)*.....67
acyclovir.....16
acyclovir sodium.....16
ADACEL INJ.....63
ADALIMUMAB-BWWD ..60, 61
ADCIRCA
 see *alyq*.....34
 see *tadalafil (pulmonary hypertension)*.....34
ADDERALL
 see *amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg*.....44
 see *amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg*.....44
 see *amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg*.....44
 see *amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg*.....44
 see *amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg*.....44
 see *amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg*.....44
 see *amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg*.....44
ADDERALL XR
 see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg*...44
 see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg*...44
 see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg*...44
 see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg*...44
 see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg*...44
 see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg*.....44
adefovir dipivoxil.....16
ADEMPAS.....34
ADMELOG.....49
ADMELOG SOLOSTAR .49
ADRENALIN
 see *epinephrine*.....33
ADVAIR DISKUS
 see *fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act*...71
 see *fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act*...71
 see *fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act*...71
 see *wixela inhub*.....71
ADVAIR HFA AER 115/21.....70
ADVAIR HFA AER 230/21.....70
ADVAIR HFA AER 45/21 70
AFINITOR
 see *everolimus*.....23
 see *torpenz*.....26
AFINITOR DISPERZ
 see *everolimus*.....23
afirmelle.....51
AGRYLIN
 see *anagrelide hcl*.....60
AIMOVIG.....45
AIRSUPRA AER 90-80MCG.....70
AKEEGA TAB 100/500...20
AKEEGA TAB 50/500MG.....20
ala-cort.....72
albendazole.....12
albuterol sulfate.....68, 69
ALCAINE

see <i>propracaine hcl</i> ...67		
<i>alclometasone dipropionate</i>		
.....72		
ALCOHOL SWABS:		
EMBECTA-		
BD/MHC/RUGBY .....49		
ALDACTONE		
see <i>spironolactone</i> .....28		
ALDURAZYME .....54		
ALECENSA .....22		
<i>alendronate sodium</i> .....50		
<i>alfuzosin hcl</i>.....58		
<i>aliskiren fumarate</i> .....33		
<i>allopurinol</i> .....11		
<i>alose tron hcl</i> .....57		
<i>alprazolam</i> .....34		
<i>altavera</i>.....51		
ALUNBRIG .....22		
ALUNBRIG PAK .....22		
ALVAIZ .....60		
ALVESCO .....70		
<i>alyacen 1/35</i> .....51		
<i>alyacen 7/7/7</i> .....51		
ALYFTREK TAB 10-50-125		
.....69		
ALYFTREK TAB 4-20-50	69	
ALYGLO .....62		
<i>alyq</i> .....34		
<i>amantadine hcl</i> .....37		
AMBIEN		
see <i>zolpidem tartrate</i> ...45		
AMBISOME		
see <i>amphotericin b</i>		
<i>liposome</i> .....14		
<i>ambrisentan</i> .....34		
<i>amikacin sulfate</i> .....12		
<i>amiloride &</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
5-50 mg .....32		
<i>amiloride hcl</i> .....32		
<i>aminosyn ii soln 15%</i> .....66		
AMINOSYN INJ 10% .....66		
AMINOSYN-PF INJ 10% 66		
<i>amiodarone hcl</i> .....30		
<i>amitriptyline hcl</i> .....35		
<i>amlodipine besylate</i> .....32		
<i>amlodipine besylate-</i>		
<i>benazepril hcl cap 10-20</i>		
<i>mg</i> .....27		
<i>amlodipine besylate-</i>		
<i>benazepril hcl cap 10-40</i>		
<i>mg</i> .....27		
<i>amlodipine besylate-</i>		
<i>benazepril hcl cap 2.5-10</i>		
<i>mg</i> .....27		
<i>amlodipine besylate-</i>		
<i>benazepril hcl cap 5-10</i>		
<i>mg</i> .....27		
<i>amlodipine besylate-</i>		
<i>benazepril hcl cap 5-20</i>		
<i>mg</i> .....27		
<i>amlodipine besylate-</i>		
<i>benazepril hcl cap 5-40</i>		
<i>mg</i> .....27		
<i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 10-20 mg</i> .....28		
<i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 10-40 mg</i> .....28		
<i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
<i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
<i>amlodipine besylate-</i>		
<i>valsartan tab 10-160 mg</i>		
.....28		
<i>amlodipine besylate-</i>		
<i>valsartan tab 10-320 mg</i>		
.....29		
<i>amlodipine besylate-</i>		
<i>valsartan tab 5-160 mg</i> 28		
<i>amlodipine besylate-</i>		
<i>valsartan tab 5-320 mg</i> 28		
AMLODIPINE/OLMESART		
AN MED		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 10-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 10-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 10-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-40 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		
<i>tab 5-20 mg</i> .....28		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
<i>olmesartan medoxomil</i>		

<i>amphetamine-</i>	<i>see proctosol hc</i> .....74	<i>atorvastatin calcium</i> .....30
<i>dextroamphetamine tab</i>	<i>see proctozone-hc</i>.....74	<i>atovaquone</i>.....13
<i>15 mg</i>.....44	<i>aprepitant</i>.....56	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>
<i>amphetamine-</i>	<i>aprepitant capsule therapy</i>	<i>tab 250-100 mg</i>.....15
<i>dextroamphetamine tab</i>	<i>pack 80 & 125 mg</i> .....56	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>
<i>20 mg</i>.....44	<i>apri</i>.....51	<i>tab 62.5-25 mg</i>.....15
<i>amphetamine-</i>	APRISO	ATROPINE SULFATE ....67
<i>dextroamphetamine tab</i>	<i>see mesalamine</i> .....57	<i>atropine sulfate</i>
<i>30 mg</i>.....44	APTIOM.....40	<i>(ophthalmic)</i> .....67
<i>amphetamine-</i>	<i>see eslicarbazepine</i>	ATROVENT HFA.....68
<i>dextroamphetamine tab 5</i>	<i>acetate</i>.....41	<i>abra eq</i> .....51
<i>mg</i>.....44	APTIVUS .....15	AUGMENTIN ES-600
<i>amphetamine-</i>	ARALAST NP .....69	<i>see amoxicillin & k</i>
<i>dextroamphetamine tab</i>	<i>aranelle</i>.....51	<i>clavulanate for susp</i>
<i>7.5 mg</i>.....44	ARAVA	<i>600-42.9 mg/5ml</i>.....18
<i>amphotericin b</i> .....14	<i>see leflunomide</i> .....62	AUGTYRO .....22
<i>amphotericin b liposome</i> .14	ARCALYST.....63	<i>aurovela 1/20</i>.....51
<i>ampicillin</i>.....19	AREXVY .....63	<i>aurovela fe 1.5/30</i>.....51
<i>ampicillin & sulbactam</i>	ARICEPT	<i>aurovela fe 1/20</i>.....51
<i>sodium for inj 1.5 (1-0.5)</i>	<i>see donepezil</i>	AUSTEDO .....46
<i>gm</i>.....19	<i>hydrochloride</i> .....34	AUSTEDO XR .....46
<i>ampicillin & sulbactam</i>	ARIKAYCE .....12	AUSTEDO XR TAB TITR
<i>sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	ARIMIDEX	<i>KIT</i> .....46
.....19	<i>see anastrozole</i>.....20	AUVELITY TAB 45-105MG
<i>ampicillin & sulbactam</i>	<i>aripiprazole</i> .....37	.....35
<i>sodium for iv soln 1.5 (1-</i>	ARISTADA.....37, 38	AVALIDE
<i>0.5) gm</i>.....19	ARISTADA INITIO .....38	<i>see irbesartan-</i>
<i>ampicillin & sulbactam</i>	ARIXTRA	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>sodium for iv soln 15 (10-</i>	<i>see fondaparinux sodium</i>	<i>150-12.5 mg</i> .....29
<i>5) gm</i>.....19	.....59	<i>see irbesartan-</i>
<i>ampicillin & sulbactam</i>	<i>armodafinil</i> .....47	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>sodium for iv soln 3 (2-1)</i>	ARNUITY ELLIPTA.....70	<i>300-12.5 mg</i> .....29
<i>gm</i>.....19	AROMASIN	AVAPRO
<i>ampicillin sodium</i> .....19	<i>see exemestane</i>.....20	<i>see irbesartan</i> .....30
AMPYRA	<i>asenapine maleate</i> .....38	<i>aviane</i> .....51
<i>see dalfampridine</i> .....46	<i>aspirin-dipyridamole cap er</i>	AVMAPKI PAK FAKZYNJA
ANAFRANIL	<i>12hr 25-200 mg</i>.....60	.....22
<i>see clomipramine hcl</i> ..35	ASTAGRAF XL.....63	AVODART
<i>anagrelide hcl</i> .....60	ATACAND	<i>see dutasteride</i>.....58
<i>anastrozole</i> .....20	<i>see candesartan cilexetil</i>	<i>ayuna</i>.....51
ANCOBON	.....30	AYVAKIT.....22
<i>see flucytosine</i> .....14	<i>atazanavir sulfate</i>.....15	<i>azacitidine</i>.....20
ANDROGEL PUMP	<i>atenolol</i>.....31	AZACTAM
<i>see testosterone pump</i> 48	<i>atenolol & chlorthalidone</i>	<i>see aztreonam</i> .....13
ANORO ELLIPT AER 62.5-	<i>tab 100-25 mg</i>.....31	<i>azathioprine</i> .....63
25.....68	<i>atenolol & chlorthalidone</i>	<i>azelastine hcl</i>.....68
ANUSOL-HC	<i>tab 50-25 mg</i>.....31	<i>azelastine hcl (ophth)</i>.....67
<i>see hydrocortisone</i>	ATIVAN	AZILECT
<i>(rectal)</i> .....74	<i>see lorazepam</i>.....34	<i>see rasagiline mesylate</i>
<i>see procto-med hc</i> .....74	<i>atomoxetine hcl</i>.....44	.....37

azithromycin	18	BENICAR		bicalutamide.....	20
AZOPT		see olmesartan		BICILLIN L-A.....	19
see brinzolamide	67	medoxomil	30	BIKTARVY TAB 30-120-15	
aztreonam.....	13	BENICAR HCT		MG	16
AZULFIDINE		see olmesartan		BIKTARVY TAB 50-200-25	
see sulfasalazine.....	57	medoxomil-		MG	16
AZULFIDINE EN-TABS		hydrochlorothiazide tab		BILDYOS	50
see sulfasalazine.....	57	20-12.5 mg	29	BIMZELX	61
azurette.....	51	see olmesartan		bisoprolol &	
B		medoxomil-		hydrochlorothiazide tab	
bacitracin (ophthalmic)....	66	hydrochlorothiazide tab		10-6.25 mg	31
bacitracin-polymyxin b		40-12.5 mg	29	bisoprolol &	
ophth oint	66	see olmesartan		hydrochlorothiazide tab	
bacitracin-polymyxin-		medoxomil-		2.5-6.25 mg	31
neomycin-hc ophth oint		hydrochlorothiazide tab		bisoprolol &	
1%.....	66	40-25 mg	29	hydrochlorothiazide tab	
baclofen	46	BENLYSTA.....	63	5-6.25 mg	31
BACTRIM		BENZAMYCIN		bisoprolol fumarate	32
see sulfamethoxazole-		see benzoyl peroxide-		BIVIGAM.....	62
trimethoprim tab 400-		erythromycin gel 5-3%		blisovi fe 1.5/30.....	51
80 mg	14	.....	71	blisovi fe 1/20.....	51
BACTRIM DS		benzoyl peroxide-		BLUJEPa.....	13
see sulfamethoxazole-		erythromycin gel 5-3% 71		BONSITY	50
trimethoprim tab 800-		benztropine mesylate.....	37	BOOSTRIX INJ.....	63
160 mg	14	BERINERT	60	bortezomib.....	22
BAFIERTAM.....	46	besifloxacin hcl	66	BORTEZOMIB.....	22
balsalazide disodium	57	BESIVANCE	66	bosentan.....	34
BALVERSA.....	22	BESREMI	21	BOSULIF	22
balziva	51	betaine powder for oral		BRAFTOVI.....	22
BANZEL		solution.....	54	BREO ELLIPTA INH 100-	
see rufinamide.....	43	betamethasone		25	70
BARACLUDE.....	16	dipropionate (topical)...72		BREO ELLIPTA INH 200-	
see entecavir.....	17	betamethasone		25	70
BCG VACCINE	63	dipropionate augmented		BREO ELLIPTA INH 50-	
benazepril &		.....	72	25MCG.....	70
hydrochlorothiazide tab		betamethasone valerate .72		breyana.....	70
10-12.5 mg.....	27	BETAPACE		BREZTRI AERO AER	
benazepril &		see sotalol hcl	30	SPHERE	68
hydrochlorothiazide tab		BETAPACE AF		BREZTRI AERO AER	
20-12.5 mg.....	27	see sotalol hcl (afib/afib)30		SPHERE	
benazepril &		BETASERON.....	46	(INSTITUTIONAL PACK)	
hydrochlorothiazide tab		betaxolol hcl (ophth)	67	.....	68
20-25 mg.....	27	bethanechol chloride.....	58	briellyn	51
benazepril &		BEVESPI AER 9-4.8MCG		BRILINTA	
hydrochlorothiazide tab		.....	68	see ticagrelor.....	60
5-6.25mg.....	27	bexarotene.....	21	brimonidine tartrate	67
benazepril hcl	28	bexarotene (topical)	74	brinzolamide	67
BENDAMUSTINE		BEXSERO	63	brivaracetam.....	40
HYDROCHLORID	19	BIAXIN XL		BRIVIACT	40
BENDEKA	19	see clarithromycin	18	see brivaracetam.....	40

<i>bromocriptine mesylate</i> ...37	CALQUENCE .....22	<i>carbidopa-levodopa-</i>
BRUKINSA .....22	<i>camila</i> .....51	<i>entacapone tabs 12.5-</i>
<i>budesonide</i> .....57	CAMPTOSAR	<i>50-200 mg</i> .....37
<i>budesonide (inhalation)</i> ..70	see <i>irinotecan hcl</i> .....21	<i>carbidopa-levodopa-</i>
<i>budesonide-formoterol</i>	CANASA	<i>entacapone tabs 18.75-</i>
<i>fumarate dihyd aerosol</i>	see <i>mesalamine</i> .....57	<i>75-200 mg</i> .....37
160-4.5 mcg/act .....71	<i>candesartan cilexetil</i> .....30	<i>carbidopa-levodopa-</i>
<i>budesonide-formoterol</i>	CAPLYTA .....38	<i>entacapone tabs 25-100-</i>
<i>fumarate dihyd aerosol</i>	CAPRELSA .....22	<i>200 mg</i> .....37
80-4.5 mcg/act .....70	<i>captopril</i> .....28	<i>carbidopa-levodopa-</i>
<i>bumetanide</i> .....33	<i>captopril &</i>	<i>entacapone tabs 31.25-</i>
BUMEX	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>125-200 mg</i> .....37
see <i>bumetanide</i> .....33	25-15 mg .....27	<i>carbidopa-levodopa-</i>
BUPHENYL	<i>captopril &</i>	<i>entacapone tabs 37.5-</i>
see <i>sodium</i>	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>150-200 mg</i> .....37
<i>phenylbutyrate</i> .....55	25-25 mg .....27	<i>carbidopa-levodopa-</i>
<i>buprenorphine hcl</i> .....47	<i>captopril &</i>	<i>entacapone tabs 50-200-</i>
<i>buprenorphine hcl-</i>	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>200 mg</i> .....37
<i>naloxone hcl sl film 12-3</i>	50-15 mg .....27	<i>carboplatin</i> .....19
<i>mg (base equiv)</i> .....47	<i>captopril &</i>	CARDIZEM
<i>buprenorphine hcl-</i>	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	see <i>diltiazem hcl</i> .....32
<i>naloxone hcl sl film 2-0.5</i>	50-25 mg .....27	CARDIZEM CD
<i>mg (base equiv)</i> .....47	CARAFATE	see <i>cartia xt</i> .....32
<i>buprenorphine hcl-</i>	see <i>sucralfate</i> .....58	see <i>diltiazem hcl coated</i>
<i>naloxone hcl sl film 4-1</i>	<i>carb/levo orally</i>	<i>beads</i> .....32
<i>mg (base equiv)</i> .....47	<i>disintegrating tab 10-</i>	CARDURA
<i>buprenorphine hcl-</i>	<i>100mg</i> .....37	see <i>doxazosin mesylate</i>
<i>naloxone hcl sl film 8-2</i>	<i>carb/levo orally</i>	.....28
<i>mg (base equiv)</i> .....47	<i>disintegrating tab 25-</i>	<i>carglumic acid</i> .....54
<i>buprenorphine hcl-</i>	<i>100mg</i> .....37	CARNITOR
<i>naloxone hcl sl tab 2-0.5</i>	<i>carb/levo orally</i>	see <i>levocarnitine</i>
<i>mg (base equiv)</i> .....47	<i>disintegrating tab 25-</i>	<i>(metabolic modifiers)</i>
<i>buprenorphine hcl-</i>	250mg .....37	.....54
<i>naloxone hcl sl tab 8-2</i>	CARBAGLU	<i>carteolol hcl (ophth)</i> .....67
<i>mg (base equiv)</i> .....47	see <i>carglumic acid</i> .....54	<i>cartia xt</i> .....32
<i>bupropion hcl</i> .....35	<i>carbamazepine</i> .....40	<i>carvedilol</i> .....32
<i>bupropion hcl (smoking</i>	CARBATROL	CASODEX
<i>deterrent)</i> .....47	see <i>carbamazepine</i> .....40	see <i>bicalutamide</i> .....20
<i>bupirone hcl</i> .....34	<i>carbidopa & levodopa tab</i>	<i>casprofungin acetate</i> .....14
<i>butorphanol tartrate</i> .....12	10-100 mg .....37	CASPOFUNGIN ACETATE
BYSTOLIC	<i>carbidopa & levodopa tab</i>	see <i>casprofungin acetate</i>
see <i>nebivolol hcl</i> .....32	25-100 mg .....37	.....14
C	<i>carbidopa & levodopa tab</i>	CATAPRES-TTS-1
<i>cabergoline</i> .....54	25-250 mg .....37	see <i>clonidine</i> .....33
CABOMETYX .....22	<i>carbidopa & levodopa tab</i>	CATAPRES-TTS-2
<i>calcipotriene</i> .....72	<i>er 25-100 mg</i> .....37	see <i>clonidine</i> .....33
<i>calcitonin (salmon) spray</i> 50	<i>carbidopa & levodopa tab</i>	CATAPRES-TTS-3
<i>calcitrene</i> .....72	<i>er 50-200 mg</i> .....37	see <i>clonidine</i> .....33
<i>calcitriol</i> .....56		CAYSTON .....13
<i>calcitriol (oral)</i> .....56		<i>cefaclor</i> .....17

<i>cefadroxil</i>	17	<i>cetirizine hcl</i>	68	see <i>clindamycin</i>
CEFAZOLIN	17	CHANTIX		<i>phosphate (topical)</i> ..71
CEFAZOLIN INJ		see <i>varenicline tartrate</i>	47	CLIMARA
1GM/50ML	17	<i>chateal eq</i>	51	see <i>estradiol</i>
<i>cefazolin sodium</i>	17	CHEMET	51	53
CEFAZOLIN SOLN		<i>chlorhexidine gluconate</i>		CLINDAGEL
2GM/100ML-4%	17	(<i>mouth-throat</i>)	74	see <i>clindamycin</i>
CEFAZOLIN/DEX SOL		<i>chloroquine phosphate</i> ...	15	<i>phosphate (topical)</i> ..71
1GM/50ML-4%	17	<i>chlorpromazine hcl</i>	38	<i>clindamycin hcl</i>
CEFAZOLIN/DEX SOL		<i>chlorthalidone</i>	33	13
2GM/50ML-3%	17	<i>cholestyramine</i>	31	<i>clindamycin palmitate</i>
CEFAZOLIN/DEX SOL		<i>cholestyramine light</i>	31	<i>hydrochloride</i>
3GM/150ML-4%	17	CIALIS		13
CEFAZOLIN/DEX SOL		see <i>tadalafil</i>	58	<i>clindamycin phosphate</i> ...
3GM/50ML-2%	17	<i>ciclopirox</i>	72	13
<i>cefdinir</i>	17	<i>ciclopirox olamine</i>	72	<i>d5w iv soln 300 mg/50ml</i>
<i>cefepime hcl</i>	17	<i>cilostazol</i>	60	.....
<i>cefixime</i>	17	CILOXAN	66	13
CEFOTAN		CIMDUO TAB 300-300 ...	16	<i>clindamycin phosphate in</i>
see <i>cefotetan disodium</i>		<i>cinacalcet hcl</i>	54	<i>d5w iv soln 600 mg/50ml</i>
.....	17	CIPRO		.....
<i>cefotetan disodium</i>	17	see <i>ciprofloxacin hcl</i> ...	18	13
<i>cefoxitin sodium</i>	17	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml</i>		<i>clindamycin phosphate</i>
<i>cefpodoxime proxetil</i>	17	<i>in d5w</i>	18	<i>vaginal</i>
<i>cefprozil</i>	17	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml</i>		59
<i>ceftaroline fosamil</i>	17	<i>in d5w</i>	18	<i>clindamycin phosph-</i>
<i>ceftazidime</i>	18	<i>ciprofloxacin hcl</i>	18	<i>benzoyl peroxide (refrig)</i>
<i>ceftriaxone sodium</i>	18	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ..	66	<i>gel 1.2 (1)-5%</i>
<i>cefuroxime axetil</i>	18	<i>ciprofloxacin-</i>		71
<i>cefuroxime sodium</i>	18	<i>dexamethasone otic susp</i>		CLINDMYC/NAC INJ
CELEBREX		0.3-0.1%	67	300/50ML
see <i>celecoxib</i>	11	<i>cisplatin</i>	19	13
<i>celecoxib</i>	11	CISPLATIN		CLINDMYC/NAC INJ
CELEXA		see <i>cisplatin</i>	19	900/50ML
see <i>citalopram</i>		<i>citalopram hydrobromide</i>	35	13
<i>hydrobromide</i>	35	<i>claravis</i>	71	CLINIMIX INJ 4.25/D10 ..66
CELLCEPT		<i>clarithromycin</i>	18	66
see <i>mycophenolate</i>		CLEOCIN		CLINIMIX INJ 5%/D15W.66
<i>mofetil</i>	63	see <i>clindamycin hcl</i>	13	66
CELONTIN		see <i>clindamycin</i>		CLINIMIX INJ 5%/D20W.66
see <i>methsuximide</i>	42	<i>phosphate vaginal</i> ...	59	66
<i>cephalexin</i>	18	CLEOCIN PEDIATRIC		CLINIMIX INJ 8/10
CEQUR SIMPL KIT PATCH		GRANULE		66
2U (3-DAY)	49	see <i>clindamycin</i>		CLINIMIX INJ 8/14
CEQUR SIMPL KIT PATCH		<i>palmitate hydrochloride</i>		66
2U (4-DAY)	49	.....	13	<i>clinisol sf 15%</i>
CEQUR SIMPL MIS		CLEOCIN PHOSPHATE		66
INSERTER	49	see <i>clindamycin</i>		CLINOLIPID EMU 20%...66
CERDELGA	54	<i>phosphate</i>	13	<i>clobazam</i>
CEREZYME	54	CLEOCIN-T		40
				<i>clobetasol propionate</i>
				73
				<i>clobetasol propionate e</i> ...73
				CLOBEX
				see <i>clobetasol</i>
				<i>propionate</i>
				73
				see <i>clodan</i>
				73
				<i>clodan</i>
				73

<i>clomipramine hcl</i>	35	see <i>glatiramer acetate</i>	46	see <i>betaine powder for oral solution</i>	54
<i>clonazepam</i>	40	see <i>glatopa</i>	46	CYSTADROPS.....	67
<i>clonidine</i>	33	COPIKTRA.....	22	CYSTAGON.....	54
<i>clonidine hcl</i>	33	COREG.....		CYSTARAN.....	67
<i>clopidogrel bisulfate</i>	60	see <i>carvedilol</i>	32	<i>cytarabine</i>	20
<i>clorazepate dipotassium</i>	40	CORLANOR.....	33	CYTOMEL.....	
<i>clotrimazole</i>	74	see <i>ivabradine hcl</i>	33	see <i>liomny</i>	56
<i>clotrimazole (topical)</i>	72	CORTEF.....		see <i>liothyronine sodium</i>	56
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	72	see <i>hydrocortisone</i>	54	CYTOTEC.....	
<i>clozapine</i>	38	CORTENEMA.....		see <i>misoprostol</i>	58
CLOZARIL.....		see <i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	57	D	
see <i>clozapine</i>	38	COSOPT.....		D10W/NACL INJ 0.2%.....	64
COARTEM TAB 20-120MG.....	15	see <i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%</i>	67	D10W/NACL INJ 0.45%.....	64
COBENFY CAP 100-20MG.....	38	COTELLIC.....	22	D2.5W/NACL INJ 0.45%.....	64
COBENFY CAP 125-30MG.....	38	COZAAR.....		D5W/NACL INJ 0.2%.....	64
COBENFY CAP 50-20MG.....	38	see <i>losartan potassium</i>	30	D5W/NACL INJ 0.45%.....	64
COBENFY STRT CAP PACK.....	38	CREON CAP 12000UNT.....	57	<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	59
<i>colchicine</i>	11	CREON CAP 24000UNT.....	57	<i>dalfampridine</i>	46
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	11	CREON CAP 3000UNIT.....	57	DALIRESP.....	
<i>colesevelam hcl</i>	31	CREON CAP 36000UNT.....	57	see <i>roflumilast</i>	70
COLESTID.....		CREON CAP 6000UNIT.....	57	<i>danazol</i>	47
see <i>colestipol hcl</i>	31	CRESEMBA.....	14	DANTRIUM.....	
<i>colestipol hcl</i>	31	CRESTOR.....		see <i>dantrolene sodium</i>	47
<i>colistimethate sodium</i>	13	see <i>rosuvastatin calcium</i>	30	<i>dantrolene sodium</i>	47
COLY-MYCIN M.....		.....	30	DANZITEN.....	22
see <i>colistimethate sodium</i>	13	<i>cromolyn sodium</i>	69	<i>dapagliflozin propanediol</i>	48
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%.....	67	<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	58	<i>dapsone</i>	13
COMBIVENT AER 20-100.....	68	<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	67	DAPTACEL INJ.....	63
COMETRIQ (60MG DOSE).....	22	<i>cryselle</i>	51	<i>daptomycin</i>	13
COMETRIQ KIT 100MG.....	22	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	47	DAPTOMYCIN.....	13
COMETRIQ KIT 140MG.....	22	<i>cyclophosphamide</i>	19, 20	see <i>daptomycin</i>	13
COMPLERA.....		CYCLOPHOSPHAMIDE.....	19, 20	DARAPRIM.....	
see <i>emtricitabine- rilpivirine-tenofovir df tab 200-25-300 mg</i>	16	MONOHYDR.....	20	see <i>pyrimethamine</i>	14
<i>compro</i>	56	<i>cycloserine</i>	16	<i>darunavir</i>	15
<i>constulose</i>	57	<i>cyclosporine</i>	63	<i>dasatinib</i>	22, 23
COPAXONE.....	46	<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>	63	<i>dasetta 1/35</i>	51
		CYKLOKAPRON.....		<i>dasetta 7/7/7</i>	51
		see <i>tranexamic acid</i>	60	DAURISMO.....	23
		<i>cyproheptadine hcl</i>	68	DAYVIGO.....	45
		<i>cyred eq</i>	51	DDAVP.....	
		CYSTADANE.....		see <i>desmopressin acetate</i>	54
				<i>deblitane</i>	51
				<i>deferasirox</i>	51
				DELESTROGEN.....	
				see <i>estradiol valerate</i>	53
				DELSTRIGO TAB.....	16

DENGVAXIA SUS	63	dexamethasone sodium phosphate	53	diazoxide	54
DEPAKOTE		dexamethasone sodium phosphate (ophth)	67	diclofenac potassium	11
see <i>divalproex sodium</i>	41	dexmethylphenidate hcl	44	diclofenac sodium	11
DEPAKOTE ER		dextrose	66	.....	67
see <i>divalproex sodium</i>	41	DEXTROSE 10%	66	diclofenac sodium (topical)	74
DEPAKOTE SPRINKLES		see <i>dextrose</i>	66	dicloxacillin sodium	19
see <i>divalproex sodium</i>	41	dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%	64	dicyclomine hcl	57
DEPEN TITRATABS		DEXTROSE 2.5%/SODIUM CHLO		DIFICID	18
see <i>penicillamine</i>	51	see <i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	64	see <i>fidaxomicin</i>	18
DEPO-MEDROL		DEXTROSE 5%		DIFLUCAN	
see <i>methylprednisolone acetate</i>	54	see <i>dextrose</i>	66	see <i>fluconazole</i>	14
DEPO-PROVERA CONTRACEPTIV		<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	64	<i>diflunisal</i>	11
see		<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	64	<i>digoxin</i>	33
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>	52	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	64	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	45
DEPO-SUBQ PROVERA 104	51	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	64	DILANTIN	41
<i>depo-testosterone</i>	47	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	64	see <i>phenytoin sodium extended</i>	42
DERMA-SMOOTH/FS BODY		DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORI		DILANTIN INFATABS	
see <i>fluocinolone acetonide</i>	73	see <i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	64	see <i>phenytoin</i>	42
DERMA-SMOOTH/FS SCALP		see <i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	64	DILANTIN-125	
see <i>fluocinolone acetonide</i>	73	see <i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	64	see <i>phenytoin</i>	42
DERMOTIC		DILTIAZEM HCL	32	DILAUDID	
see <i>flac</i>	67	<i>diltiazem hcl coated beads</i>	32	see <i>hydromorphone hcl</i>	12
see <i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	67	<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	32	.....	12
DESCOVY TAB 120-15MG	16	<i>dilt-xr</i>	32	<i>diltiazem hcl</i>	32
DESCOVY TAB 200/25MG	16	DIOVAN		<i>diltiazem hcl coated beads</i>	32
<i>desipramine hcl</i>	35	see <i>valsartan</i>	30	.....	32
<i>desmopressin acetate</i>	54	DIOVAN HCT		<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	32
<i>desmopressin acetate spray</i>	54	see <i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	29	<i>dilt-xr</i>	32
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	54	see <i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	29	DIOVAN	
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	51	see <i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	29	see <i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	29
<i>desvenlafaxine succinate</i>	35	see <i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	29	see <i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	29
<i>dexamethasone</i>	53	DIACOMIT	40, 41	see <i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	29
DEXAMETHASONE INTENSOL	53	<i>diazepam</i>	41	see <i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	29
		<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	41		
		<i>diazepam inj</i>	41		
		<i>diazepam intensol</i>	41		

see valsartan- hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg	29	drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg51		emtricitabine- rilpivirine- tenofovir df tab 200-25- 300 mg	16
diphenhydramine hcl.....	68	DROXIA.....	60	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg	16
diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg	58	droxidopa	33	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg	16
DIPROLENE		DULERA AER 100-5MCG	71	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg	16
see betamethasone dipropionate augmented.....	72	DULERA AER 200-5MCG	71	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg	16
dipyridamole	60	DULERA AER 50-5MCG	71	EMTRIVA.....	15
disopyramide phosphate.	30	duloxetine hcl.....	35	see emtricitabine	15
disulfiram	47	DUPIXENT	61	EMVERM.....	13
divalproex sodium.....	41	dutasteride	58	emzahn	51
docetaxel	22	dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg	58	enalapril maleate	28
DOCETAXEL.....	22	E		enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg	27
see docetaxel	22	e.e.s. 400.....	18	enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg	27
DOCIVYX	22	econazole nitrate	72	ENBREL	61
dofetilide	30	EDURANT	15	ENBREL MINI.....	61
donepezil hydrochloride.	34, 35	see rilpivirine hcl.....	15	ENBREL SURECLICK....	61
DOPTELET.....	60	EDURANT PED	15	ENDARI	
DOPTELET SPRINKLE ..	60	efavirenz	15	see l-glutamine (sickle cell)	60
dorzolamide hcl.....	67	efavirenz-emtricitabine- tenofovir df tab 600-200- 300 mg	16	endocet tab 10-325mg....	12
dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2- 0.5%.....	67	efavirenz-lamivudine- tenofovir df tab 400-300- 300 mg	16	endocet tab 2.5-325mg...	12
dotti.....	53	efavirenz-lamivudine- tenofovir df tab 600-300- 300 mg	16	endocet tab 5-325mg.....	12
DOVATO TAB 50-300MG	16	EFFEXOR XR		endocet tab 7.5-325mg...	12
doxazosin mesylate	28	see venlafaxine hcl.....	36	ENGERIX-B.....	63
doxepin hcl	35	EFFIENT		enilloring	51
doxepin hcl (sleep).....	45	see prasugrel hcl.....	60	enoxaparin sodium	59
DOXIL		ELIGARD	20	ENSACOVE.....	23
see doxorubicin hcl liposomal	21	elinest	51	enskyce	51
doxorubicin hcl.....	21	ELIQUIS	59	ENSTILAR AER.....	72
doxorubicin hcl liposomal	21	ELIQUIS (1.5MG PACK) 3 X.....	59	entacapone	37
DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE		ELIQUIS (2MG PACK) 4 X	59	entecavir	17
see doxorubicin hcl	21	ELIQUIS STARTER PACK	59	ENTRESTO	
doxy 100	19	eluryng.....	51	see sacubitril-valsartan tab 24-26 mg	29
doxycycline (monohydrate)	19	EMEND BIPACK		see sacubitril-valsartan tab 49-51 mg	29
doxycycline hyclate.....	19	see aprepitant	56		
DRIZALMA SPRINKLE ...	35	EMGALITY	45		
dronabinol.....	56	EMSAM	36		
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg51		emtricitabine	15		

see <i>sacubitril-valsartan</i>	<i>eslicarbazepine acetate</i> ..41	EXXUA .....36
<i>tab 97-103 mg</i> .....29	<i>esomeprazole magnesium</i>	EXXUA TITRATION PACK
ENTRESTO CAP 15-16MG	.....58	.....36
.....29	<i>estarylla</i> .....51	EYSUVIS .....67
ENTRESTO CAP 6-6MG 29	ESTRACE	<i>ezetimibe</i> .....31
<i>enulose</i> .....57	see <i>estradiol vaginal</i> ...53	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>
EPCLUSA PAK 150-37.517	<i>estradiol</i> .....53	10-10 mg .....31
EPCLUSA PAK 200-50MG	<i>estradiol & norethindrone</i>	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>
.....17	<i>acetate tab 0.5-0.1 mg</i> 53	10-20 mg .....31
EPCLUSA TAB 200-50MG	<i>estradiol & norethindrone</i>	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>
.....17	<i>acetate tab 1-0.5 mg</i> ...53	10-40 mg .....31
EPCLUSA TAB 400-100.17	<i>estradiol vaginal</i> .....53	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>
EPIDIOLEX .....41	<i>estradiol valerate</i> .....53	10-80 mg .....31
<i>epinephrine</i> .....33	<i>ethambutol hcl</i> .....16	F
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	<i>ethosuximide</i> .....41	FABRAZYME .....54
.....69	<i>ethynodiol diacetate &</i>	<i>falmina</i> .....51
EPIPEN 2-PAK	<i>ethinyl estradiol tab 1</i>	<i>famciclovir</i> .....17
see <i>epinephrine</i>	<i>mg-50 mcg</i> .....51	<i>famotidine</i> .....57
(<i>anaphylaxis</i>) .....69	<i>etodolac</i> .....11	<i>famotidine in nacl 0.9% iv</i>
EPIPEN-JR 2-PAK	<i>etonogestrel-ethinyl</i>	<i>soln 20 mg/50ml</i> .....57
see <i>epinephrine</i>	<i>estradiol va ring 0.12-</i>	FANAPT .....38
(<i>anaphylaxis</i>) .....69	<i>0.015 mg/24hr</i> .....51	FANAPT PAK PACK A ...38
EPIVIR	<i>etoposide</i> .....22	FANAPT PAK PACK B ...38
see <i>lamivudine</i> .....15	<i>etravirine</i> .....15	FANAPT PAK PACK C ...38
<i>eplerenone</i> .....28	EUCRISA .....74	FARESTON
EPFONTIA	EULEXIN .....20	see <i>toremifene citrate</i> ..21
see <i>topiramate</i> .....43	<i>everolimus</i> .....23	FARXIGA .....48
<i>ergotamine w/ caffeine tab</i>	<i>everolimus</i>	see <i>dapagliflozin</i>
1-100 mg .....45	(<i>immunosuppressant</i>) .63	<i>propanediol</i> .....48
ERIVEDGE .....23	EVISTA	FASENRA .....69
ERLEADA .....20	see <i>raloxifene hcl</i> .....55	FASENRA PEN .....69
<i>erlotinib hcl</i> .....23	EVOTAZ TAB 300-150 ...16	FASLODEX
<i>errin</i> .....51	EXELON	see <i>fulvestrant</i> .....20
<i>ertapenem sodium</i> .....13	see <i>rivastigmine</i> .....35	<i>feirza 1.5/30</i> .....51
<i>ery</i> .....71	<i>exemestane</i> .....20	<i>feirza 1/20</i> .....51
ERYTHROCIN	EXFORGE	<i>felbamate</i> .....41
LACTOBIONATE .....18	see <i>amlodipine besylate-</i>	FELBATOL
see <i>erythromycin</i>	<i>valsartan tab 10-160</i>	see <i>felbamate</i> .....41
<i>lactobionate</i> .....18	<i>mg</i> .....28	<i>felodipine</i> .....32
<i>erythromycin (acne aid)</i> ..71	see <i>amlodipine besylate-</i>	FEMARA
<i>erythromycin (ophth)</i> .....66	<i>valsartan tab 10-320</i>	see <i>letrozole</i> .....21
<i>erythromycin base</i> .....18	<i>mg</i> .....29	<i>fenofibrate</i> .....30
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	see <i>amlodipine besylate-</i>	<i>fenofibrate micronized</i> ...30
.....18	<i>valsartan tab 5-160 mg</i>	<i>fentanyl</i> .....11
<i>erythromycin lactobionate</i>	.....28	FETZIMA .....36
.....18	see <i>amlodipine besylate-</i>	FETZIMA CAP TITRATIO
ERZOFRI .....38	<i>valsartan tab 5-320 mg</i>	.....36
ESBRIET	.....28	FIASP .....49
see <i>pirfenidone</i> .....69	EXJADE	FIASP FLEXTOUCH .....49
<i>escitalopram oxalate</i> .....36	see <i>deferisirox</i> .....51	FIASP PENFILL .....49

FIASP PUMPCART	49	FOCALIN		GATTEX	58
<i>fidaxomicin</i>	18	<i>see dexmethylphenidate</i>		GAUZE PADS 2	49
<i>finasteride</i>	58	<i>hcl</i>	44	<i>gavilyte-c</i>	57
<i>ingolimod hcl</i>	46	<i>fondaparinux sodium</i>	59	<i>gavilyte-g</i>	57
FINTEPLA	41	FORTEO		<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	57
FIRAZYR		<i>see teriparatide</i>	50	GAVRETO	23
<i>see icatibant acetate</i> ..	60	FOSAMAX		<i>gefitinib</i>	23
<i>see sajazir</i>	60	<i>see alendronate sodium</i>		<i>gemcitabine hcl</i>	20
FIRMAGON	20	.....	50	GEMCITABINE	
<i>flac</i>	67	<i>fosamprenavir calcium</i>	15	HYDROCHLORIDE	
FLEBOGAMMA DIF	62	<i>fosfomycin tromethamine</i>	13	<i>see gemcitabine hcl</i>	20
<i>flecainide acetate</i>	30	<i>fosinopril sodium</i>	28	<i>gemfibrozil</i>	30
<i>fluconazole</i>	14	<i>fosinopril sodium &</i>		GEMTESA	59
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>generlac</i>	57
200 mg/100ml	14	10-12.5 mg	27	<i>gengraf</i>	63
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>		<i>fosinopril sodium &</i>		GENOTROPIN	54
400 mg/200ml	14	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		GENOTROPIN MINIQUICK	
<i>flucytosine</i>	14	20-12.5 mg	27	.....	54
<i>fludrocortisone acetate</i> ..	53	FOTIVDA	23	<i>gentamicin in saline inj 0.8</i>	
<i>flunisolide (nasal)</i>	70	FRINDOVYX	20	mg/ml	13
<i>fluocinolone acetonide</i> ..	73	FRUZAQLA	23	<i>gentamicin in saline inj 1</i>	
<i>fluocinolone acetonide</i>		FULPHILA	60	mg/ml	13
(otic)	67	<i>fulvestrant</i>	20	<i>gentamicin in saline inj 1.2</i>	
<i>fluocinonide</i>	73	<i>furosemide</i>	33	mg/ml	13
<i>fluocinonide emulsified</i>		<i>furosemide inj</i>	33	<i>gentamicin in saline inj 1.6</i>	
base	73	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>		mg/ml	13
<i>fluorometholone (ophth)</i> ..	67	.....	53	<i>gentamicin in saline inj 2</i>	
<i>fluorouracil</i>	20	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	53	mg/ml	13
<i>fluorouracil (topical)</i>	74	FYCOMPA	41	<i>gentamicin sulfate</i>	13
<i>fluoxetine hcl</i>	36	<i>see perampanel</i>	42	<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	
<i>fluphenazine decanoate</i> ..	38	G		.....	66
<i>fluphenazine hcl</i>	38	<i>gabapentin</i>	41	<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	
<i>flurbiprofen</i>	11	<i>galantamine hydrobromide</i>		.....	71
<i>flurbiprofen sodium</i>	67	.....	35	GENVOYA TAB	16
<i>fluticasone propionate</i>	73	<i>gallifrey</i>	55	GEODON	
<i>fluticasone propionate</i>		GAMASTAN INJ	62	<i>see ziprasidone hcl</i>	40
(nasal)	70	GAMMAGARD LIQUID	62	<i>see ziprasidone mesylate</i>	
<i>fluticasone-salmeterol aer</i>		GAMMAGARD LIQUID		.....	40
powder ba 100-50		ERC	62	GILENYA	
mcg/act	71	GAMMAGARD S/D IGA		<i>see fingolimod hcl</i>	46
<i>fluticasone-salmeterol aer</i>		LESS TH	62	GILOTRIF	23
powder ba 250-50		GAMMAKED	63	<i>glatiramer acetate</i>	46
mcg/act	71	GAMMAPLEX	63	<i>glatopa</i>	46
<i>fluticasone-salmeterol aer</i>		GAMUNEX-C	63	GLEEVEC	
powder ba 500-50		<i>ganciclovir sodium</i>	17	<i>see imatinib mesylate</i> ..	23
mcg/act	71	GARDASIL 9	63	GLEOSTINE	20
<i>flvoxamine maleate</i>	34	GASTROCROM		<i>see lomustine</i>	20
FML LIQUIFILM		<i>see cromolyn sodium</i>		<i>glimepiride</i>	48
<i>see fluorometholone</i>		(mastocytosis)	58	<i>glipizide</i>	48
(ophth)	67	<i>gatifloxacin (ophth)</i>	66		

<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-250 mg.....48	HIBERIX .....64	HYZAAR see <i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 100-12.5 mg .....29
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-500 mg.....48	HIPREX see <i>methenamine</i> <i>hippurate</i>.....13	see <i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 100-25 mg .....29
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 5-500 mg.....48	HUMIRA .....61	see <i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 50-12.5 mg .....29
GLUCOTROL XL see <i>glipizide</i> .....48	HUMIRA PEN .....61	
<i>glycopyrrolate</i> .....57	HUMIRA PEN KIT PS/UV.....61	
<i>glydo</i> .....73	HUMIRA PEN-CD/UC/HS START .....61	
GLYXAMBI TAB 10-5 MG.....48	HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....49	
GLYXAMBI TAB 25-5 MG.....48	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....49	
GOLYTELY see <i>gavilyte-g</i>.....57	<i>hydralazine hcl</i>.....33	
see <i>peg 3350-kcl-na</i> <i>bicarb-nacl-na sulfate</i> <i>for soln 236 gm</i>.....57	HYDREA see <i>hydroxyurea</i>.....21	
GOMEKLI .....23	<i>hydrochlorothiazide</i>.....33	
<i>granisetron hcl</i> .....56	<i>hydrocodone bitartrate</i>....11	
<i>griseofulvin microsize</i> ....14	<i>hydrocodone-</i> <i>acetaminophen soln 7.5-</i> <i>325 mg/15ml</i> .....12	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>.....14	<i>hydrocodone-</i> <i>acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i> .....12	
<i>guanfacine hcl</i> .....33	<i>hydrocodone-</i> <i>acetaminophen tab 5-325</i> <i>mg</i> .....12	
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> ....45	<i>hydrocodone-</i> <i>acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i> .....12	
H	<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i> <i>7.5-200 mg</i> .....12	
HADLIMA.....61	<i>hydrocortisone</i> .....54	
HADLIMA PUSHTOUCH 61	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> .....57	
HAEGARDA .....60	<i>hydrocortisone (rectal)</i> ....74	
<i>hailey 1.5/30</i> .....51	<i>hydrocortisone (topical)</i> ..73	
<i>hailey fe 1/20</i> .....51	<i>hydrocortisone sod</i> <i>succinate</i>.....54	
<i>halobetasol propionate</i> ...73	<i>hydrocortisone valerate</i> ..73	
<i>haloperidol</i> .....38	<i>hydrocortisone w/ acetic</i> <i>acid otic soln 1-2%</i>.....67	
<i>haloperidol decanoate</i> ....38	<i>hydromorphone hcl</i>.....12	
<i>haloperidol lactate</i>.....38	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>.....62	
HAVRIX .....63	<i>hydroxyurea</i> .....21	
<i>heather</i> .....51	<i>hydroxyzine hcl</i>.....68	
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT.....59	<i>hydroxyzine pamoate</i>.....68	
<i>heparin sodium (porcine)</i> 59	HYRNUO .....23	
HEPLISAV-B .....64		
HERCEP HYLEC SOL 60- 10000 .....23		
HERCEPTIN .....23		
HERCESSI .....23		
HERNEXEOS .....23		
HERZUMA.....23		
HETLIOZ see <i>tasimelteon</i> .....45		
		I
		<i>ibandronate sodium</i> .....50
		IBRANCE.....23
		IBTROZI.....23
		<i>ibu</i>.....11
		<i>ibuprofen</i>.....11
		<i>icatibant acetate</i>.....60
		<i>iclevia</i>.....51
		ICLUSIG .....23
		IDHIFA.....23
		<i>imatinib mesylate</i> .....23
		IMBRUVICA.....23
		<i>imipenem-cilastatin</i> <i>intravenous for soln 250</i> <i>mg</i> .....13
		<i>imipenem-cilastatin</i> <i>intravenous for soln 500</i> <i>mg</i> .....13
		<i>imipramine hcl</i>.....36
		<i>imiquimod</i> .....74
		IMITREX see <i>sumatriptan</i> <i>succinate</i> .....46
		IMITREX STATDOSE SYSTEM see <i>sumatriptan</i> <i>succinate</i> .....46
		IMKELDI .....23
		IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....64
		IMPAVIDO .....13
		IMURAN see <i>azathioprine</i>.....63
		INBRIJA.....37
		<i>incassia</i>.....51
		INCRELEX.....54
		INCRUSE ELLIPTA .....68
		<i>indapamide</i> .....33
		INDERAL LA see <i>propranolol hcl</i>.....32

INFANRIX INJ	64	ITOVEBI	24	see <i>tolvaptan</i>	55
INFLIXIMAB	61	<i>itraconazole</i>	14	JYNNEOS	64
INLURIYO	21	<i>ivabradine hcl</i>	33	K	
INLYTA	23	<i>ivermectin</i>	13	KADCYLA	24
INQOVI TAB 35-100MG	.20	IWILFIN	21	KALETRA	
INREBIC	23	IXIARO INJ	64	see <i>lopinavir-ritonavir tab</i>	
INSULIN PEN NEEDLES:		J		100-25 mg	16
EMBECTA-BD	49	JADENU		see <i>lopinavir-ritonavir tab</i>	
INSULIN SAFETY		see <i>deferiasirox</i>	51	200-50 mg	16
NEEDLES: EMBECTA-		JAKAFI	24	KALETRA SOL	16
BD	49	JALYN		KALYDECO	69
INSULIN SYRINGES:		see <i>dutasteride-</i>		KANJINTI	24
EMBECTA-BD	49	<i>tamsulosin hcl cap 0.5-</i>		<i>kariva</i>	52
INTELENCE	15	0.4 mg	58	KCL 0.075%/D5W/NACL	
see <i>etravirine</i>	15	<i>jantoven</i>	60	0.45%	
INTRALIPID	66	JANUMET TAB 50-1000	48	see <i>kcl 10 meq/l</i>	
<i>introvale</i>	51	JANUMET TAB 50-500MG	48	(0.075%) in dextrose	
INTUNIV		.....	48	5% & nacl 0.45% inj.	64
see <i>guanfacine hcl</i>		JANUMET XR TAB 100-		KCL 0.3%/D5W/NACL	
(<i>adh</i>)	45	1000	48	0.45%	
INVEGA		JANUMET XR TAB 50-		see <i>kcl 40 meq/l (0.3%)</i>	
see <i>paliperidone</i>	39	1000	48	in dextrose 5% & nacl	
INVEGA HAFYERA	38	JANUMET XR TAB 50-		0.45% inj	65
INVEGA SUSTENNA	38	500MG	48	KCL 0.3%/D5W/NACL	
INVEGA TRINZA	38	JANUVIA	48	0.9%	
IPOL INJ INACTIVE	64	JARDIANCE	48	see <i>kcl 40 meq/l (0.3%)</i>	
<i>ipratropium bromide</i>	68	<i>jasmiel</i>	51	in dextrose 5% & nacl	
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>		<i>javygtor</i>	54	0.9% inj	65
.....	68	JAYPIRCA	24	<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in</i>	
<i>ipratropium-albuterol nebu</i>		<i>jencycla</i>	51	<i>dextrose 5% & nacl</i>	
<i>soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	68	JENTADUETO TAB 2.5-		0.45% inj	64
<i>irbesartan</i>	30	1000	48	<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in</i>	
<i>irbesartan-</i>		JENTADUETO TAB 2.5-		<i>nacl 0.45% inj</i>	65
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		500	48	<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in</i>	
150-12.5 mg	29	JENTADUETO TAB 2.5-		<i>nacl 0.9% inj</i>	65
<i>irbesartan-</i>		850	48	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		JENTADUETO TAB XR		<i>dextrose 5% & nacl</i>	
300-12.5 mg	29	2.5-1000MG	48	0.45% inj	65
IRESSA		JENTADUETO TAB XR 5-		<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>	
see <i>gefitinib</i>	23	1000MG	48	<i>dextrose 5% & nacl 0.9%</i>	
<i>irinotecan hcl</i>	21	<i>jinteli</i>	53	<i>inj</i>	65
ISENTRESS	15	<i>jolessa</i>	51	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i>	
ISENTRESS HD	15	<i>juleber</i>	51	0.45% inj	65
<i>isibloom</i>	51	JULUCA TAB 50-25MG	16	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i>	
ISOLYTE-P INJ /D5W	64	<i>junel 1.5/30</i>	52	0.9% inj	65
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	64	<i>junel 1/20</i>	52	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in</i>	
<i>isoniazid</i>	16	<i>junel fe 1.5/30</i>	52	<i>dextrose 5% & nacl</i>	
<i>isosorbide dinitrate</i>	33	<i>junel fe 1/20</i>	52	0.45% inj	65
<i>isosorbide mononitrate</i>	33	JYLAMVO	62	<i>kcl 40 meq/l (0.298%) in</i>	
<i>isotretinoin</i>	71	JYNARQUE		<i>nacl 0.9% inj</i>	65

<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>.....65	<i>klor-con 10</i>.....65	<i>lanreotide acetate</i> .....54
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>.....65	KLOR-CON 10.....65	<i>lansoprazole</i> .....58
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>.....65	KLOR-CON 8.....65	LANTUS .....49
KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2.....65	<i>see potassium chloride</i> 65	LANTUS SOLOSTAR.....49
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....65	<i>klor-con m10</i>.....65	<i>lapatinib ditosylate</i> .....24
<i>kelnor 1/35</i>.....52	<i>klor-con m15</i>.....65	<i>larin 1.5/30</i>.....52
KEPPRA	<i>klor-con m20</i>.....65	<i>larin 1/20</i>.....52
<i>see levetiracetam</i> .....42	KLOXXADO.....47	<i>larin fe 1.5/30</i>.....52
<i>see roweepira</i> .....43	KOMZIFTI.....24	<i>larin fe 1/20</i>.....52
KEPPRA XR	KORLYM	LASIX
<i>see levetiracetam</i> .....42	<i>see mifepristone (hyperglycemia)</i> .....55	<i>see furosemide</i>.....33
KERENDIA .....28	KOSELUGO.....24	<i>latanoprost</i>.....67
KESIMPTA .....46	<i>kourzeq</i>.....74	LATUDA
<i>ketoconazole</i> .....14	KRAZATI .....24	<i>see lurasidone hcl</i> .....38
<i>ketoconazole (topical)</i>.....72	<i>kurvelo</i> .....52	LAZCLUZE .....24
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>.....67	KUVAN	<i>leflunomide</i> .....62
KEYTRUDA.....24	<i>see javygtor</i>.....54	<i>lenalidomide</i>.....21
KEYTRUDA INJ QLEX 395-4800 MG-UNIT/2.4ML.....24	<i>see sapropterin dihydrochloride</i> .....55	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE.....24
KEYTRUDA INJ QLEX 790-9600 MG-UNIT/4.8ML.....24	<i>see zelvysia</i>.....55	LENVIMA 12MG DAILY DOSE.....24
KINERET .....61	L	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE.....24
KINRIX INJ .....64	<i>labetalol hcl</i>.....32	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE.....24
<i>kionex</i> .....51	<i>lacosamide</i> .....41	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE.....24
KISQALI 200 DOSE.....24	<i>lacosamide oral</i>.....41	LENVIMA CAP 14 MG...24
KISQALI 400 DOSE.....24	LACTATED RIN INJ .....65	LENVIMA CAP 18 MG...24
KISQALI 400 PAK FEMARA.....24	LACTATED RINGERS	LENVIMA CAP 24 MG...24
KISQALI 600 DOSE.....24	<i>see lactated ringer's solution</i> .....65	<i>lessina</i> .....52
KISQALI 600 PAK FEMARA.....24	<i>lactated ringer's solution</i> .65	LETAIRIS
KITABIS PAK	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> .....74	<i>see ambrisentan</i>.....34
<i>see tobramycin</i>.....14	<i>lactulose</i> .....57	<i>letrozole</i> .....21
KLARON	<i>lactulose (encephalopathy)</i> .....57	<i>leucovorin calcium</i> .....21
<i>see sulfacetamide sodium (acne)</i>.....71	LAMICTAL	LEUKERAN .....20
<i>klayesta</i> .....72	<i>see lamotrigine</i>.....42	<i>leuprolide acetate</i> .....21
KLONOPIN	<i>see subvenite</i>.....43	<i>levalbuterol tartrate</i> .....69
<i>see clonazepam</i>.....40	LAMICTAL CHEWABLE DISPERS	<i>levetiracetam</i> .....42
<i>klor-con</i>.....65	<i>see lamotrigine</i>.....41	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i> .....42
	LAMICTAL XR	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i> .....42
	<i>see lamotrigine</i>.....42	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i> .....42
	<i>lamivudine</i> .....15	LEVETIRACETAM/SODIU M CHLO
	<i>lamivudine (hbv)</i> .....17	
	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>.....16	
	<i>lamotrigine</i> .....41, 42	
	LANOXIN	
	<i>see digoxin</i>.....33	

see levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml.....42	LIDODERM	see metoprolol tartrate 32
see levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml.....42	see lidocaine .....73	lorazepam .....34
see levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml.....42	see lidocan .....74	lorazepam intensol.....34
levobunolol hcl .....67	see tridacaine ii .....74	LORBRENA .....24
levocarnitine (metabolic modifiers) .....54	LILETTA .....52	loryna .....52
levocetirizine dihydrochloride .....68	linezolid.....13	losartan potassium.....30
levofloxacin .....18	LINEZOLID INJ 2MG/ML 13	losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg .....29
levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml .....18	LINZESS.....58	losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg .....29
levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml .....18	liomny .....56	losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg .....29
levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml .....18	liothyronine sodium.....56	LOTEMAX.....67
levonest .....52	LIPITOR	LOTENSIN
levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg .....52	see atorvastatin calcium .....30	see benazepril hcl .....28
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg .....52	lisinopril.....28	LOTENSIN HCT
levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg .....52	lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg .....28	see benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg .....27
levora 0.15/30-28.....52	lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg .....28	see benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg .....27
levo-t.....55	lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg .....28	see benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg .....27
levothyroxine sodium .....55	lithium .....46	loteprednol etabonate-tobramycin ophth susp 0.5-0.3%.....66
levoxyl.....56	lithium carbonate .....46	LOTREL
LEXAPRO	LITHOBID	see amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg .....27
see escitalopram oxalate .....36	see lithium carbonate ..46	see amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg .....27
l-glutamine (sickle cell) ...60	LIVTENCITY .....17	see amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg .....27
LIALDA	LODINE	LOTRONEX
see mesalamine .....57	see etodolac.....11	see alosetron hcl .....57
lidocaine .....73	loestrin 1.5/30-21 .....52	lovastatin.....30
lidocaine hcl.....73	loestrin 1/20-21 .....52	LOVAZA
lidocaine hcl (local anesth.) .....11	loestrin fe 1.5/30 .....52	see omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm .....31
lidocaine hcl (mouth-throat) .....74	loestrin fe 1/20 .....52	LOVENOX
lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%.....73	LOKELMA.....51	see enoxaparin sodium .....59
lidocan .....74	LOMOTIL	
	see diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg .....58	
	lomustine .....20	
	LONSURF TAB 15-6.14 .20	
	LONSURF TAB 20-8.19 .20	
	loperamide hcl .....58	
	LOPID	
	see gemfibrozil .....30	
	lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg .....16	
	lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg .....16	
	LOPRESSOR	

<i>low-ogestrel</i>	52	<i>see magnesium sulfate in</i>		<i>megestrol acetate</i>	
<i>loxapine succinate</i>	38	<i>dextrose 5% iv soln 1</i>		<i>(appetite)</i>	55
<i>luizza 1.5/30</i>	52	<i>gm/100ml</i>	65	MEKINIST	25
<i>luizza 1/20</i>	52	<i>magnesium sulfate in</i>		MEKTOVI	25
LUMAKRAS	24	<i>dextrose 5% iv soln 1</i>		<i>meleya</i>	52
LUMIGAN	67	<i>gm/100ml</i>	65	<i>meloxicam</i>	11
LUMIZYME	54	MALARONE		<i>memantine hcl</i>	35
LUPRON DEPOT (1-		<i>see atovaquone-</i>		<i>memantine hcl-donepezil</i>	
MONTH)	21	<i>proguanil hcl tab 250-</i>		<i>hcl cap er 24hr 14-10 mg</i>	35
LUPRON DEPOT (3-		<i>100 mg</i>	15	<i>memantine hcl-donepezil</i>	
MONTH)	21	<i>see atovaquone-</i>		<i>hcl cap er 24hr 21-10 mg</i>	35
LUPRON DEPOT-PED (1-		<i>proguanil hcl tab 62.5-</i>		<i>memantine hcl-donepezil</i>	
MONTH)	55	<i>25 mg</i>	15	<i>hcl cap er 24hr 28-10 mg</i>	35
LUPRON DEPOT-PED (3-		<i>malathion</i>	74	MENQUADFI	64
MONTH)	55	<i>maraviroc</i>	15	MENVEO INJ	64
LUPRON DEPOT-PED (6-		MARINOL		MENVEO SOL	64
MONTH)	55	<i>see dronabinol</i>	56	MEPRON	
<i>lurasidone hcl</i>	38	<i>marlissa</i>	52	<i>see atovaquone</i>	13
<i>lutea</i>	52	MARPLAN	36	<i>mercaptopurine</i>	20
LYBALVI TAB 10-10MG	39	MATULANE	21	<i>meropenem</i>	13
LYBALVI TAB 15-10MG	39	MAVYRET PAK 50-20MG		MEROPENEM	
LYBALVI TAB 20-10MG	39	.....	17	<i>see meropenem</i>	13
LYBALVI TAB 5-10MG	38	MAVYRET TAB 100-40MG		<i>mesalamine</i>	57
<i>lyleq</i>	52	.....	17	<i>mesalamine w/ cleanser</i>	57
<i>lyllana</i>	53	MAXALT		<i>mesna</i>	21
LYNPARZA	24	<i>see rizatriptan benzoate</i>		MESNEX	
LYRICA		.....	45	<i>see mesna</i>	21
<i>see pregabalin</i>	42, 43	MAXALT-MLT		MESTINON	
LYSODREN	21	<i>see rizatriptan benzoate</i>		<i>see pyridostigmine</i>	
LYTGOBI (12 MG DAILY		.....	45	<i>bromide</i>	46
DOSE)	24	MAXITROL		<i>metformin hcl</i>	48
LYTGOBI (16 MG DAILY		<i>see neomycin-polymyxin-</i>		<i>methadone hcl</i>	11
DOSE)	24	<i>dexamethasone ophth</i>		<i>methadone hydrochloride i</i>	
LYTGOBI (20 MG DAILY		<i>oint 0.1%</i>	66	<i>.....</i>	11
DOSE)	25	<i>see neomycin-polymyxin-</i>		METHADOSE	
<i>lyza</i>	52	<i>dexamethasone ophth</i>		<i>see methadone</i>	
M		<i>susp 0.1%</i>	66	<i>hydrochloride i</i>	11
MACROBID		<i>meclizine hcl</i>	56	<i>methazolamide</i>	33
<i>see nitrofurantoin</i>		MEDROL		<i>methenamine hippurate</i> ..	13
<i>monohyd macro</i>	14	<i>see methylprednisolone</i>		<i>methimazole</i>	56
MACRODANTIN		.....	54	<i>methotrexate sodium 20,</i>	62
<i>see nitrofurantoin</i>		MEDROL DOSEPAK		<i>methsuximide</i>	42
<i>macrocrystal</i>	13	<i>see methylprednisolone</i>		METHYLIN	
<i>magnesium sulfate</i>	65	.....	54	<i>see methylphenidate hcl</i>	
MAGNESIUM SULFATE	65	medroxyprogesterone		<i>.....</i>	45
<i>see magnesium sulfate</i>		<i>acetate</i>	55	<i>methylphenidate hcl</i>	45
<i>.....</i>	65	<i>medroxyprogesterone</i>		<i>methyprednisolone</i>	54
MAGNESIUM SULFATE IN		<i>acetate (contraceptive)</i>	52		
D5W		<i>mefloquine hcl</i>	15		
		<i>megestrol acetate</i>	21, 55		

<i>methylprednisolone acetate</i>	<i>molindone hcl</i>	NARDIL
.....54	<i>mometasone furoate</i>	see <i>phenelzine sulfate</i> 36
<i>methylprednisolone sod</i>	MONJUVI	NATACYN.....
<i>succ</i>	<i>mono-lynyah</i>	<i>nateglinide</i>
54	<i>montelukast sodium</i>	NAYZILAM.....
<i>metoclopramide hcl</i>	11, 12	<i>nebivolol hcl</i>
56	MOUNJARO	32
<i>metolazone</i>	MOVANTIK.....	NEBUPENT
33	<i>moxifloxacin hcl</i>	see <i>pentamidine</i>
<i>metoprolol &</i>	18	<i>isethionate inh</i>
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> ..	14
100-25 mg.....	31	<i>necon 0.5/35-28</i>
31	<i>moxifloxacin hcl 400</i>	<i>nefazodone hcl</i>
<i>metoprolol &</i>	mg/250ml in sodium	36
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>chloride 0.8% inj</i>	<i>neomycin sulfate</i>
100-50 mg.....	18	13
31	MRESVIA	<i>neomycin-bacitrac zn-</i>
<i>metoprolol &</i>	64	<i>polymyx 5(3.5)mg-</i>
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	MS CONTIN	400unt-10000unt op oin
50-25 mg.....	see <i>morphine sulfate</i> ...11	.....66
31	MULTAQ.....	<i>neomycin-polymy-gramicid</i>
<i>metoprolol succinate</i>	30	op sol 1.75-10000-
32	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	0.025mg-unt-mg/ml
<i>metoprolol tartrate</i>.....	.....65	66
32	<i>mupirocin</i>	<i>neomycin-polymyxin-</i>
METROCREAM	71	<i>dexamethasone ophth</i>
see <i>metronidazole</i>	<i>mycophenolate mofetil</i> ...63	<i>oint 0.1%</i>
<i>(topical)</i>	<i>mycophenolate sodium</i> ...63	66
74	MYFORTIC	<i>neomycin-polymyxin-</i>
<i>metronidazole</i>	see <i>mycophenolate</i>	<i>dexamethasone ophth</i>
13	sodium.....	susp 0.1%
METRONIDAZOLE	63	66
see <i>metronidazole</i>	MYRBETRIQ	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>
13	59	<i>ophth susp</i>
<i>metronidazole (topical)</i> ...	MYSOLINE	66
74	see <i>primidone</i>	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>
<i>metronidazole vaginal</i>	43	soln 1%
59	N	67
<i>metirosine</i>	<i>nabumetone</i>	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>
33	11	susp 3.5 mg/ml-10000
<i>micafungin sodium</i>	<i>nadolol</i>	unit/ml-1%
14	32	68
MICARDIS	<i>nafcillin sodium</i>	NEORAL
see <i>telmisartan</i>	19	see <i>cyclosporine</i>
30	NAGLAZYME.....	<i>modified (for</i>
<i>microgestin 1.5/30</i>	55	<i>microemulsion)</i>
52	<i>naloxone hcl</i>	see <i>gengraf</i>
<i>microgestin 1/20</i>	47	63
52	<i>naltrexone hcl</i>	NERLYNX.....
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	47	25
52	NAMZARIC	<i>neuac</i>
<i>midodrine hcl</i>	see <i>memantine hcl-</i>	71
33	<i>donepezil hcl cap er</i>	NEURONTIN
MIEBO	24hr 14-10 mg	see <i>gabapentin</i>
67	35	41
<i>mifepristone</i>	see <i>memantine hcl-</i>	<i>nevirapine</i>
<i>(hyperglycemia)</i>	<i>donepezil hcl cap er</i>	15
55	24hr 21-10 mg	NEXAVAR
<i>mili</i>	35	see <i>sorafenib tosylate</i> .25
52	see <i>memantine hcl-</i>	NEXIUM
<i>mimvey</i>	<i>donepezil hcl cap er</i>	see <i>esomeprazole</i>
53	24hr 28-10 mg	magnesium
MINIVELLE	35	58
see <i>lyllana</i>	NAMZARIC CAP 7-10MG	NEXLETOL.....
53	.....	31
<i>minocycline hcl</i>	35	NEXLIZET TAB 180/10MG
19	<i>naproxen</i>.....	.....31
<i>minoxidil</i>	11	
33	<i>naproxen sodium</i>	
<i>mirtazapine</i>	11	
36	<i>naratriptan hcl</i>	
<i>misoprostol</i>	45	
58		
M-M-R II INJ		
64		
M-NATAL PLUS TAB.....		
65		
<i>modafinil</i>		
47		
MODEYSO		
21		
<i>moexipril hcl</i>		
28		

NEXPLANON	52	<i>norgestimate-eth estrad tab</i>		<i>see etonogestrel-ethinyl</i>	
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>		<i>0.18-25/0.215-25/0.25-25</i>		<i>estradiol va ring 0.12-</i>	
.....	31	<i>mg-mcg</i>	52	<i>0.015 mg/24hr</i>	51
NICOTROL NS	47	<i>norgestimate-eth estrad tab</i>		NUVIGIL	
<i>nifedipine</i>	32	<i>0.18-35/0.215-35/0.25-35</i>		<i>see armodafinil.....</i>	47
<i>nikki</i>	52	<i>mg-mcg</i>	52	NUZYRA.....	19
<i>nilotinib hcl.....</i>	25	<i>norlyroc.....</i>	52	<i>nyamyc</i>	72
<i>nilutamide</i>	21	NORPACE		<i>nylia 1/35</i>	52
<i>nimodipine</i>	32	<i>see disopyramide</i>		<i>nylia 7/7/7</i>	52
NINLARO.....	25	<i>phosphate.....</i>	30	<i>nystatin</i>	14
<i>nitazoxanide</i>	13	NORPRAMIN		NYSTATIN	
<i>nitisinone</i>	55	<i>see desipramine hcl</i>	35	<i>see nystatin (mouth-</i>	
NITRO-BID	33	NORTHERA		<i>throat)</i>	74
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>		<i>see droxidopa.....</i>	33	<i>nystatin (mouth-throat)....</i>	74
.....	13	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	52	<i>nystatin (topical).....</i>	72
<i>nitrofurantoin monohyd</i>		<i>nortrel 1/35 (21)</i>	52	<i>nystop</i>	72
<i>macro</i>	14	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	52	O	
<i>nitroglycerin</i>	34	<i>nortrel 7/7/7</i>	52	OCTAGAM.....	63
<i>nitroglycerin (intra-anal) ..</i>	74	<i>nortriptyline hcl.....</i>	36	<i>octreotide acetate</i>	55
NITROSTAT		NORVASC		OCUFLOX	
<i>see nitroglycerin</i>	34	<i>see amlodipine besylate</i>		<i>see ofloxacin (ophth) ...</i>	66
<i>nizatidine</i>	57	.....	32	ODEFSEY TAB.....	16
<i>nora-be</i>	52	NORVIR.....	15	ODOMZO.....	25
<i>norelgestromin-ethinyl</i>		<i>see ritonavir.....</i>	15	OFEV	69
<i>estradiol td ptwk 150-35</i>		NOVOLIN INJ 70/30	49	<i>ofloxacin (ophth)</i>	66
<i>mcg/24hr</i>	52	NOVOLIN INJ 70/30 FP..	50	<i>ofloxacin (otic).....</i>	68
<i>norethindrone</i>		NOVOLIN N	50	OGIVRI	25
<i>(contraceptive)</i>	52	NOVOLIN N FLEXPEN...50		OGSIVEO	25
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>		NOVOLIN R	50	OJEMDA.....	25
<i>estradiol tab 1 mg-20</i>		NOVOLIN R FLEXPEN...50		OJJAARA.....	25
<i>mcg</i>	52	NOVOLOG	50	<i>olanzapine</i>	39
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>		NOVOLOG FLEXPEN ....50		<i>olmesartan medoxomil....</i>	30
<i>estradiol tab 1.5 mg-30</i>		NOVOLOG FLEXPEN		<i>olmesartan medoxomil-</i>	
<i>mcg</i>	52	RELION.....	50	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>		NOVOLOG MIX INJ 70/30		<i>20-12.5 mg</i>	29
<i>estradiol-fe tab 1 mg-20</i>		.....	50	<i>olmesartan medoxomil-</i>	
<i>mcg</i>	52	NOVOLOG MIX INJ		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>norethindrone acetate.....</i>	55	FLEXPEN.....	50	<i>40-12.5 mg</i>	29
<i>norethindrone acetate-</i>		NOVOLOG PENFILL	50	<i>olmesartan medoxomil-</i>	
<i>ethinyl estradiol tab 0.5</i>		NOVOLOG RELION	50	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>mg-2.5 mcg</i>	53	NUBEQA	21	<i>40-25 mg</i>	29
<i>norethindrone acetate-</i>		NUDEXTA CAP 20-10MG		<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>ethinyl estradiol tab 1</i>		.....	46	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>mg-5 mcg</i>	53	NULOJIX	63	<i>20-5-12.5 mg.....</i>	29
<i>norethindrone ac-ethinyl</i>		NUPLAZID	39	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>estrad-fe tab 1-20/1-30/1-</i>		NURTEC.....	45	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>35 mg-mcg</i>	52	NUTRILIPID.....	66	<i>40-10-12.5 mg.....</i>	29
<i>norgestimate & ethinyl</i>		NUVARING		<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>estradiol tab 0.25 mg-35</i>		<i>see eluryng.....</i>	51	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>mcg</i>	52	<i>see enilloring.....</i>	51	<i>40-10-25 mg.....</i>	29

<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	29	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5- 325 mg</i>	12	PEGASYS.....	17
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	29	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	12	PEMAZYRE.....	25
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	31	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5- 325 mg</i>	12	<i>permetrexed disodium</i>	20
<i>omeprazole</i>	58	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE).....	49	PENBRAYA INJ.....	64
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6.....	50	OZEMPIC (1MG/DOSE).....	49	<i>penicillamine</i>	51
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6.....	50	OZEMPIC (2MG/DOSE).....	49	<i>penicillin g potassium</i>	19
OMNIPOD 5 L2 KIT INTRO G6.....	50	P		<i>penicillin g sodium</i>	19
OMNIPOD 5 L2 MIS PODS G6.....	50	<i>pacerone</i>	30	<i>penicillin v potassium</i>	19
OMNIPOD DASH KIT INTRO.....	50	<i>paclitaxel</i>	22	PENMENVY INJ.....	64
OMNIPOD DASH MIS PODS.....	50	<i>paclitaxel inj 100mg</i>	22	PENTACEL INJ.....	64
<i>ondansetron</i>	56	<i>paliperidone</i>	39	PENTAM 300 see <i>pentamidine</i>	
<i>ondansetron hcl</i>	56	PAMELOR see <i>nortriptyline hcl</i>	36	<i>isethionate inj</i>	14
ONFI see <i>clobazam</i>	40	<i>pamidronate disodium</i>	50	<i>pentamidine isethionate inh</i>	14
ONTRUZANT.....	25	PAMIDRONATE DISODIUM.....	50	<i>pentamidine isethionate inj</i>	14
ONUREG.....	20	PANRETIN.....	74	<i>pentoxifylline</i>	60
OPIPZA.....	39	<i>pantoprazole sodium</i>	58	PEPCID see <i>famotidine</i>	57
OPSUMIT.....	34	PANTOPRAZOLE SODIUM see <i>pantoprazole sodium</i>	58	<i>perampanel</i>	42
ORFADIN see <i>nitisinone</i>	55	PANZYGA.....	63	PERCOCET see <i>endocet tab 10- 325mg</i>	12
ORGOVYX.....	21	<i>paricalcitol</i>	56	see <i>endocet tab 5-325mg</i>	12
ORKAMBI GRA 100-125.69		PARLODEL see <i>bromocriptine mesylate</i>	37	see <i>endocet tab 7.5- 325mg</i>	12
ORKAMBI GRA 150-188.69		PARNATE see <i>tranylcypromine sulfate</i>	36	see <i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10- 325 mg</i>	12
ORKAMBI GRA 75-94MG	69	<i>paroxetine hcl</i>	36	see <i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5- 325 mg</i>	12
ORKAMBI TAB 100-125.69		PAXIL see <i>paroxetine hcl</i>	36	see <i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	12
ORKAMBI TAB 200-125.69		PAXLOVID PAK.....	17	PERIDEX see <i>chlorhexidine gluconate (mouth- throat)</i>	74
<i>orquidea</i>	52	PAXLOVID TAB 150-10017		see <i>perigard</i>	74
ORSERDU.....	21	PAXLOVID TAB 300-10017		<i>perindopril erbumine</i>	28
<i>oseltamivir phosphate</i>	17	<i>pazopanib hcl</i>	25	<i>perigard</i>	74
OSPOMYV.....	50	PEDIARIX INJ 0.5ML.....	64	<i>permethrin</i>	74
<i>oxacillin sodium</i>	19	PEDVAX HIB.....	64	PERMETHRIN see <i>permethrin</i>	74
<i>oxaliplatin</i>	20	<i>peg 3350-kcl-na bicarb- nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	57	<i>perphenazine</i>	39
<i>oxcarbazepine</i>	42	<i>peg 3350-kcl-sod bicarb- nacl for soln 420 gm</i>	57	<i>pfizerpen</i>	19
<i>oxybutynin chloride</i>	59			<i>phenelzine sulfate</i>	36
<i>oxycodone hcl</i>	12				
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10- 325 mg</i>	12				

PHENERGAN		
see <i>promethazine hcl</i> ..56		
<i>phenobarbital</i>	42	
<i>phenobarbital sodium</i>	42	
<i>phenytek</i>	42	
<i>phenytoin</i>	42	
<i>phenytoin sodium</i>	42	
<i>phenytoin sodium extended</i>	42	
PHESGO SOL	25	
<i>philith</i>	52	
PIFELTRO	15	
<i>pilocarpine hcl</i>	67	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	74	
<i>pimecrolimus</i>	74	
<i>pimozide</i>	39	
<i>pimtrea</i>	52	
<i>pindolol</i>	32	
<i>pioglitazone hcl</i>	49	
<i>pioglitazone hcl-metformin</i> <i>hcl tab 15-500 mg</i>	49	
<i>pioglitazone hcl-metformin</i> <i>hcl tab 15-850 mg</i>	49	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>na for inj 3.375 gm (3-</i> <i>0.375 gm)</i>	19	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 13.5 gm (12-</i> <i>1.5 gm)</i>	19	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 2.25 gm (2-</i> <i>0.25 gm)</i>	19	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 4.5 gm (4-0.5</i> <i>gm)</i>	19	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 40.5 gm (36-</i> <i>4.5 gm)</i>	19	
PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	25	
PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	25	
PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	25	
<i>pirfenidone</i>	69	
<i>piroxicam</i>	11	
PLAQUENIL see <i>hydroxychloroquine</i> <i>sulfate</i>	62	
PLASMA-LYTE A see <i>multiple electrolytes</i> <i>ph 5.5</i>	65	
PLAVIX see <i>clopidogrel bisulfate</i>	60	
<i>plenamine</i>	66	
PLENVU SOL	57	
<i>podofilox</i>	74	
<i>polymyxin b sulfate</i>	14	
<i>polymyxin b-trimethoprim</i> <i>ophth soln 10000 unit/ml-</i> <i>0.1%</i>	66	
<i>pomalidomide</i>	21	
POMALYST	21	
see <i>pomalidomide</i>	21	
<i>portia-28</i>	52	
<i>posaconazole</i>	14	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ.....	65	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	65	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ.....	65	
<i>potassium chloride</i>	65	
POTASSIUM CHLORIDE see <i>potassium chloride</i>	65	
<i>potassium chloride 20</i> <i>meq/l (0.15%) in</i> <i>dextrose 5% inj</i>	65	
<i>potassium chloride</i> <i>microencapsulated</i> <i>crystals er</i>	66	
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTRO see <i>kcl 30 meq/l</i> <i>(0.224%) in dextrose</i> <i>5% & nacl 0.45% inj</i>	65	
see <i>potassium chloride</i> <i>20 meq/l (0.15%) in</i> <i>dextrose 5% inj</i>	65	
POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM see <i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i> <i>in nacl 0.45% inj</i>	65	
see <i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i> <i>in nacl 0.9% inj</i>	65	
see <i>kcl 40 meq/l (0.3%)</i> <i>in nacl 0.9% inj</i>	65	
<i>potassium citrate</i> <i>(alkalinizer)</i>	58, 59	
PRADAXA see <i>dabigatran etexilate</i> <i>mesylate</i>	59	
<i>pramipexole</i> <i>dihydrochloride</i>	37	
<i>prasugrel hcl</i>	60	
<i>pravastatin sodium</i>	30	
<i>praziquantel</i>	14	
<i>prazosin hcl</i>	28	
PRED FORTE see <i>prednisolone acetate</i> <i>(ophth)</i>	67	
<i>prednisolone</i>	54	
<i>prednisolone acetate</i> <i>(ophth)</i>	67	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP.....	67	
<i>prednisolone sodium</i> <i>phosphate</i>	54	
<i>prednisone</i>	54	
PREDNISON INTENSOL	54	
<i>pregabalin</i>	42, 43	
PREMASOL SOL 10% ...	66	
PRENATAL TAB 27-1MG	66	
PRENATAL TAB PLUS ..	66	
PREVACID see <i>lansoprazole</i>	58	
<i>prevalite</i>	31	
PREVYMIS	17	
PREZCOBIX TAB 675/150	16	
PREZCOBIX TAB 800-150	16	
PREZISTA	15	
see <i>darunavir</i>	15	
PRIFTIN.....	16	
<i>primaquine phosphate</i>	15	
PRIMAQUINE PHOSPHATE	15	
see <i>primaquine</i> <i>phosphate</i>	15	
PRIMAXIN IV see <i>imipenem-cilastatin</i> <i>intravenous for soln</i> <i>500 mg</i>	13	
<i>primidone</i>	43	
PRIORIX INJ.....	64	
PRISTIQ		

see <i>desvenlafaxine succinate</i>	35	<i>pyrazinamide</i>	16	see <i>temazepam</i>	45
PRIVIGEN	63	<i>pyridostigmine bromide</i> ...	46	RETEVMO	25
<i>probenecid</i>	11	<i>pyrimethamine</i>	14	RETIN-A	
PROCARDIA XL		PYZCHIVA.....	61	see <i>tretinoin</i>	71
see <i>nifedipine</i>	32	Q		RETROVIR	
<i>prochlorperazine</i>	56	QINLOCK	25	see <i>zidovudine</i>	16
<i>prochlorperazine edisylate</i>		QUADRACEL INJ 0.5ML	64	REVATIO	
.....	56	QUESTRAN		see <i>sildenafil citrate</i>	
<i>prochlorperazine maleate</i>		see <i>cholestyramine</i>	31	(<i>pulmonary</i>	
.....	56	QUESTRAN LIGHT		<i>hypertension</i>).....	34
PROCRIT	60	see <i>cholestyramine light</i>		REVCIVI.....	55
<i>proctocort</i>	74	.....	31	REVLIMID	
<i>procto-med hc</i>	74	see <i>prevalite</i>	31	see <i>lenalidomide</i>	21
<i>proctosol hc</i>	74	<i>quetiapine fumarate</i>	39	REVUFORJ	25
<i>proctozone-hc</i>	74	<i>quinapril hcl</i>	28	REXULTI.....	39
<i>progesterone</i>	55	<i>quinidine sulfate</i>	30	REYATAZ	15
PROGLYCEM		<i>quinine sulfate</i>	15	see <i>atazanavir sulfate</i> .	15
see <i>diazoxide</i>	54	QULIPTA	45	REZDIFFRA.....	55
PROGRAF	63	R		REZLIDHIA.....	25
see <i>tacrolimus</i>	63	RABAVERT INJ	64	REZUROCK.....	63
PROLASTIN-C.....	69	RALDESY	36	RHOPRESSA	67
PROLIA	50	<i>raloxifene hcl</i>	55	<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	17
<i>promethazine hcl</i>	56	<i>ramelteon</i>	45	<i>rifabutin</i>	16
PROMETRIUM		<i>ramipril</i>	28	RIFADIN	
see <i>progesterone</i>	55	<i>ranolazine</i>	33	see <i>rifampin</i>	16
<i>propafenone hcl</i>	30	<i>rasagiline mesylate</i>	37	<i>rifampin</i>	16
<i>proparacaine hcl</i>	67	RECLAST		<i>rilpivirine hcl</i>	15
<i>propranolol hcl</i>	32	see <i>zoledronic acid</i>	51	<i>riluzole</i>	46
<i>propylthiouracil</i>	56	<i>reclipsen</i>	52	<i>rimantadine hydrochloride</i>	
PROQUAD INJ	64	RECOMBIVAX HB.....	64	.....	17
PROSCAR		RECTIV		RINVOQ	61
see <i>finasteride</i>	58	see <i>nitroglycerin (intra-</i>		RINVOQ LQ.....	61
PROSOL INJ 20%	66	<i>anal</i>)	74	RISPERDAL	
PROTONIX		REGLAN		see <i>risperidone</i>	39
see <i>pantoprazole sodium</i>		see <i>metoclopramide hcl</i>		RISPERDAL CONSTA	
.....	58	.....	56	see <i>risperidone</i>	
<i>protriptyline hcl</i>	36	RELENZA DISKHALER..	17	<i>microspheres</i>	39, 40
PROVERA		RELISTOR.....	58	<i>risperidone</i>	39
see		REMERON		<i>risperidone microspheres</i>	
<i>medroxyprogesterone</i>		see <i>mirtazapine</i>	36	.....	39, 40
<i>acetate</i>	55	REMERON SOLTAB		RITALIN	
PROVIGIL		see <i>mirtazapine</i>	36	see <i>methylphenidate hcl</i>	
see <i>modafinil</i>	47	REMICADE.....	61	.....	45
PULMICORT		RENFLEXIS.....	61	<i>ritonavir</i>	15
see <i>budesonide</i>		<i>repaglinide</i>	49	<i>rivaroxaban</i>	60
(<i>inhalation</i>).....	70	REPATHA.....	31	<i>rivastigmine</i>	35
PULMOZYME	69	REPATHA SURECLICK	31	<i>rivastigmine tartrate</i>	35
PURIXAN		RESTASIS	67	<i>rizatriptan benzoate</i>	45
see <i>mercaptopurine</i>	20	RESTASIS MULTIDOSE	67	ROCALTROL	
		RESTORIL		see <i>calcitriol</i>	56

see <i>calcitriol (oral)</i>	56	<i>selenium sulfide</i>	72	<i>sodium fluoride chew; tab;</i>	
ROCKLATAN DRO.....	67	SELZENTRY.....	15	1.1 (0.5 f) mg/ml soln ..	66
<i>roflumilast</i>	70	see <i>maraviroc</i>	15	<i>sodium oxybate</i>	47
ROMVIMZA.....	25	SENSIPAR		<i>sodium phenylbutyrate</i>	55
<i>ropinirole hydrochloride</i> ..	37	see <i>cinacalcet hcl</i>	54	<i>sodium polystyrene</i>	
<i>rosuvastatin calcium</i>	30	SEREVENT DISKUS.....	69	<i>sulfonate</i>	51
ROTARIX SUS.....	64	SEROQUEL		<i>sodium polystyrene</i>	
ROTATEQ SOL.....	64	see <i>quetiapine fumarate</i>		<i>sulfonate powder</i>	51
ROWASA		.....	39	<i>solifenacin succinate</i>	59
see <i>mesalamine w/</i>		SEROQUEL XR		SOLLIQUA INJ 100/33.....	50
<i>cleanser</i>	57	see <i>quetiapine fumarate</i>		SOLTAMOX.....	21
<i>roweepra</i>	43	.....	39	SOLU-CORTEF.....	54
ROXICODONE		<i>sertraline hcl</i>	36	see <i>hydrocortisone sod</i>	
see <i>oxycodone hcl</i>	12	<i>setlakin</i>	52	<i>succinate</i>	54
ROZEREM		<i>sharobel</i>	52	SOLU-MEDROL	
see <i>ramelteon</i>	45	SHINGRIX	64	see <i>methylprednisolone</i>	
ROZLYTREK.....	25	SIGNIFOR	55	<i>sod succ</i>	54
RUBRACA.....	25	SIKLOS.....	60	SOMATULINE DEPOT	55
<i>rufinamide</i>	43	<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>		SOMAVERT.....	55
RUKOBIA	15	<i>hypertension)</i>	34	<i>sorafenib tosylate</i>	25
RYBELSUS	49	SILENOR		<i>sotalol hcl</i>	30
RYDAPT	25	see <i>doxepin hcl (sleep)</i>		<i>sotalol hcl (afib/af)</i>	30
S		.....	45	SOTYKTU.....	62
SABRIL		SILVADENE		SPIRIVA RESPIMAT	68
see <i>vigabatrin</i>	43	see <i>silver sulfadiazine</i> .	71	<i>spironolactone</i>	28
see <i>vigadrone</i>	43	see <i>ssd</i>	72	<i>spironolactone &</i>	
<i>sacubitril-valsartan tab 24-</i>		<i>silver sulfadiazine</i>	71	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
26 mg.....	29	SIMBRINZA SUS 1-0.2%67		25-25 mg.....	33
<i>sacubitril-valsartan tab 49-</i>		<i>simliya</i>	52	SPORANOX	
51 mg.....	29	<i>simvastatin</i>	31	see <i>itraconazole</i>	14
<i>sacubitril-valsartan tab 97-</i>		SINEMET		<i>sprintec 28</i>	52
103 mg.....	29	see <i>carbidopa &</i>		SPRITAM.....	43
<i>sajazir</i>	60	<i>levodopa tab 10-100</i>		SPRYCEL	
SALAGEN		mg	37	see <i>dasatinib</i>	22, 23
see <i>pilocarpine hcl (oral)</i>		see <i>carbidopa &</i>		<i>sps</i>	51
.....	74	<i>levodopa tab 25-100</i>		<i>sps rectal</i>	51
SANDIMMUNE		mg	37	<i>sronyx</i>	52
see <i>cyclosporine</i>	63	SINGULAIR		<i>ssd</i>	72
SANDOSTATIN		see <i>montelukast sodium</i>		STELARA	62
see <i>octreotide acetate</i> .	55	.....	69	STIVARGA.....	26
SANTYL.....	74	<i>sirolimus</i>	63	<i>streptomycin sulfite</i>	14
SAPHRIS		SIRTURO	16	STRIBILD TAB.....	16
see <i>asenapine maleate</i>		SKYRIZI.....	61, 62	STROMEKTOL	
.....	38	SKYRIZI PEN	62	see <i>ivermectin</i>	13
<i>sapropterin dihydrochloride</i>		<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf</i>		SUBOXONE	
.....	55	<i>oral sol 17.5-3.13-1.6</i>		see <i>buprenorphine hcl-</i>	
SCSEMBLIX	25	<i>gm/177ml</i>	57	<i>naloxone hcl sl film 12-</i>	
<i>scopolamine</i>	56	<i>sodium chloride</i>	65	3 mg (base equiv)	47
SECUADO.....	40	<i>sodium chloride (gu</i>			
<i>selegiline hcl</i>	37	<i>irrigant)</i>	74		

see buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 2- 0.5 mg (base equiv).....47	see budesonide- formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act.....71	TASIGNA see nilotinib hcl.....25
see buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv).....47	see budesonide- formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act.....70	tasimelteon .....45
see buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv).....47	SYMDEKO TAB 100-15070	TAVNEOS.....60
subvenite .....43	SYMDEKO TAB 50-75MG.....70	tazarotene.....72
SUBVENITE .....43	SYMFI	tazicef .....18
sucralfate .....58	see efavirenz- lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg 16	TAZORAC see tazarotene .....72
sulfacetamide sodium (acne).....71	SYMPAZAN.....43	TAZVERIK .....26
sulfacetamide sodium (ophth).....66	SYMTOZA TAB.....16	TECENTRIQ .....26
sulfacetamide sodium- prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)% .....66	SYNALAR	TECENTRIQ INJ HYBREZA.....26
sulfadiazine.....14	see fluocinolone acetone.....73	TEFLARO .....18
sulfamethoxazole- trimethoprim iv soln 400- 80 mg/5ml .....14	SYNAREL.....55	see ceftaroline fosamil 17
sulfamethoxazole- trimethoprim susp 200-40 mg/5ml .....14	SYNTHROID.....56	TEGRETOL see carbamazepine.....40
sulfamethoxazole- trimethoprim tab 400-80 mg .....14	see levo-t .....55	TEGRETOL-XR see carbamazepine.....40
sulfamethoxazole- trimethoprim tab 800-160 mg .....14	see levothyroxine sodium.....55	TEKURNA see aliskiren fumarate .33
SULFAMYLLON .....72	see levoxyl .....56	telmisartan .....30
sulfasalazine.....57	see unithroid.....56	temazepam.....45
sulindac .....11	SYPRINE	TENIVAC INJ 5-2LF .....64
sumatriptan.....45, 46	see trientine hcl.....51	tenofovir disoproxil fumarate .....15
sumatriptan succinate.....46	T	TENORETIC 100 see atenolol & chlorthalidone tab 100- 25 mg.....31
sunitinib malate.....26	TABLOID .....20	TENORETIC 50 see atenolol & chlorthalidone tab 50- 25 mg.....31
SUNLENCA.....15	TABRECTA.....26	TENORMIN see atenolol.....31
SUPREP BOWEL PREP KIT	tacrolimus .....63	TEPMETKO .....26
see sod sulfate-pot sulf- mg sulf oral sol 17.5- 3.13-1.6 mg/177ml...57	tacrolimus (topical).....74	terazosin hcl.....28
SUTENT	tadalafil .....58	terbinafine hcl .....15
see sunitinib malate .....26	tadalafil (pulmonary hypertension) .....34	terbutaline sulfate .....69
syeda .....52	TAFINLAR .....26	terconazole vaginal.....59
SYMBICORT	TAGRISSO .....26	teriparatide.....50
see breyna .....70	TALZENNA.....26	TERIPARATIDE.....50
	TAMIFLU	testosterone .....47
	see oseltamivir phosphate.....17	testosterone cypionate...48
	tamoxifen citrate .....21	testosterone enanthate...48
	tamsulosin hcl.....58	testosterone pump .....48
	TARGRETIN	tetrabenazine .....46
	see bexarotene .....21	tetracycline hcl.....19
	see bexarotene (topical) .....74	THALOMID .....21
	tarina fe 1/20 eq.....52	theophylline.....70

<i>thioridazine hcl</i>	40	<i>torsemide</i>	33	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>thiothixene</i>	40	TOUJEO MAX SOLOSTAR		40-10-12.5 mg.....	29
<i>tiadylt er</i>	32	.....	50	see <i>olmesartan-</i>	
<i>tiagabine hcl</i>	43	TOUJEO SOLOSTAR.....	50	<i>amlodipine-</i>	
TIAZAC		TPN ELECTROL INJ.....	65	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
see <i>diltiazem hcl</i>		TRACLEER		40-10-25 mg.....	29
<i>extended release</i>		see <i>bosentan</i>	34	see <i>olmesartan-</i>	
<i>beads</i>	32	TRADJENTA.....	49	<i>amlodipine-</i>	
see <i>tiadylt er</i>	32	<i>tramadol hcl</i>	12	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
TIBSOVO.....	26	<i>tramadol-acetaminophen</i>		40-5-12.5 mg.....	29
<i>ticagrelor</i>	60	<i>tab 37.5-325 mg</i>	12	see <i>olmesartan-</i>	
TICOVAC.....	64	<i>trandolapril</i>	28	<i>amlodipine-</i>	
<i>tigecycline</i>	19	<i>tranexamic acid</i>	60	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
TIKOSYN		TRANSDERM SCOP		40-5-25 mg.....	29
see <i>dofetilide</i>	30	see <i>scopolamine</i>	56	TRICOR	
<i>tilia fe</i>	53	<i>tranylcypromine sulfate</i> ...36		see <i>fenofibrate</i>	30
<i>timolol maleate</i>	32	TRAVASOL INJ 10%.....	66	<i>tridacaine ii</i>	74
<i>timolol maleate (ophth)</i> ...67		TRAZIMERA.....	26	<i>triderm</i>	73
<i>tinidazole</i>	14	<i>trazodone hcl</i>	36	<i>trientine hcl</i>	51
TIVICAY.....	15	TRELEGY AER ELLIPTA		<i>tri-estarylla</i>	53
TIVICAY PD.....	15	100-62.5-25 MCG.....	68	<i>trifluoperazine hcl</i>	40
<i>tizanidine hcl</i>	47	TRELEGY AER ELLIPTA		<i>trifluridine</i>	67
TOBI PODHALER.....	14	200-62.5-25 MCG.....	68	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	37
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%		TREMFYA.....	62	TRIJARDY XR TAB ER	
.....	66	TREMFYA INDUCTION		24HR 10-5-1000MG...49	
<i>tobramycin</i>	14	PACK FO.....	62	TRIJARDY XR TAB ER	
<i>tobramycin (ophth)</i>	67	TREMFYA PEN.....	62	24HR 12.5-2.5-1000MG	
<i>tobramycin sulfate</i>	14	<i>treprostinil</i>	34	.....	49
<i>tobramycin-dexamethasone</i>		<i>tretinoin</i>	71	TRIJARDY XR TAB ER	
<i>ophth susp 0.3-0.1%</i> ...66		<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .21		24HR 25-5-1000MG...49	
<i>tolterodine tartrate</i>	59	<i>triamcinolone acetonide</i>		TRIJARDY XR TAB ER	
<i>tolvaptan</i>	55	(<i>mouth</i>).....	75	24HR 5-2.5-1000MG...49	
<i>tolvaptan tab therapy pack</i>		<i>triamcinolone acetonide</i>		TRIKAFTA PAK 59.5MG 70	
30 & 15 mg.....	55	(<i>topical</i>).....	73	TRIKAFTA PAK 75MG...70	
<i>tolvaptan tab therapy pack</i>		<i>triamterene &</i>		TRIKAFTA TAB 100-50-	
45 & 15 mg.....	55	<i>hydrochlorothiazide cap</i>		75MG & 150MG.....	70
<i>tolvaptan tab therapy pack</i>		37.5-25 mg.....	33	TRIKAFTA TAB 50-25-	
60 & 30 mg.....	55	<i>triamterene &</i>		37.5MG & 75MG.....	70
<i>tolvaptan tab therapy pack</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>tri-legest fe</i>	53
90 & 30 mg.....	55	37.5-25 mg.....	33	TRILEPTAL	
TOPAMAX		<i>triamterene &</i>		see <i>oxcarbazepine</i>	42
see <i>topiramate</i>	43	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>tri-lynyah</i>	53
TOPAMAX SPRINKLE		75-50 mg.....	33	<i>tri-lo-estarylla</i>	53
see <i>topiramate</i>	43	TRIBENZOR		<i>tri-lo-marzia</i>	53
<i>topiramate</i>	43	see <i>olmesartan-</i>		<i>tri-lo-mili</i>	53
TOPROL XL		<i>amlodipine-</i>		<i>tri-lo-sprintec</i>	53
see <i>metoprolol succinate</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>trimethoprim</i>	14
.....	32	20-5-12.5 mg.....	29	<i>tri-mili</i>	53
<i>toremifene citrate</i>	21	see <i>olmesartan-</i>		<i>trimipramine maleate</i>	36
<i>torpenz</i>	26	<i>amlodipine-</i>		TRINTELLIX.....	36

VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	VOQUEZNA PAK TRIP PK	<i>xarah fe</i>
.....69	.....58	XARELTO.....60
<i>verapamil hcl</i>.....32	VORANIGO.....26	<i>see rivaroxaban</i>.....60
VERQUVO.....33	<i>voriconazole</i>.....15	XARELTO STAR TAB
VERSACLOZ.....40	VOSEVI TAB.....17	15/20MG.....60
VERZENIO.....26	VOTRIENT	XATMEP.....62
VESICARE	<i>see pazopanib hcl</i>.....25	XCOPRI.....43
<i>see solifenacin succinate</i>	VOWST CAP.....58	XCOPRI PAK 100-150....44
.....59	VRAYLAR.....40	XCOPRI PAK 12.5-25....44
<i>vestura</i>.....53	<i>vyfemla</i>.....53	XCOPRI PAK 150-200MG
VFEND	<i>vylibra</i>.....53	(MAINTENANCE).....44
<i>see voriconazole</i>.....15	VYTORIN	XCOPRI PAK 150-200MG
VFEND IV	<i>see ezetimibe-</i>	(TITRATION).....44
<i>see voriconazole</i>.....15	<i>simvastatin tab 10-10</i>	XCOPRI PAK 50-100MG 44
VIDAZA	<i>mg</i>.....31	XDEMVI.....67
<i>see azacitidine</i>.....20	<i>see ezetimibe-</i>	XELJANZ.....62
<i>vienna</i>.....53	<i>simvastatin tab 10-20</i>	XELJANZ XR.....62
<i>vigabatrin</i>.....43	<i>mg</i>.....31	XENAZINE
<i>vigadrone</i>.....43	<i>see ezetimibe-</i>	<i>see tetrabenazine</i>.....46
VIGAFYDE.....43	<i>simvastatin tab 10-40</i>	XERMELO.....58
VIGAMOX	<i>mg</i>.....31	XHANCE.....70
<i>see moxifloxacin hcl</i>	<i>see ezetimibe-</i>	XIFAXAN.....58
(<i>ophth</i>).....66	<i>simvastatin tab 10-80</i>	XIGDUO XR TAB 10-1000
VIIBRYD	<i>mg</i>.....31	.....49
<i>see vilazodone hcl</i>.....36	VYZULTA.....67	XIGDUO XR TAB 10-
<i>vilazodone hcl</i>.....36	W	500MG.....49
VIMKUNYA.....64	<i>warfarin sodium</i>.....60	XIGDUO XR TAB 2.5-1000
VIMPAT	<i>water for irrigation, sterile</i>	.....49
<i>see lacosamide</i>.....41	<i>irrigation soln</i>.....74	XIGDUO XR TAB 5-
<i>see lacosamide oral</i>....41	WELCHOL	1000MG.....49
<i>vincristine sulfate</i>.....22	<i>see colesevelam hcl</i>....31	XIGDUO XR TAB 5-500MG
<i>vinorelbine tartrate</i>.....22	WELIREG.....21	.....49
<i>viorele</i>.....53	WELLBUTRIN SR	XIIDRA.....67
VIRACEPT.....16	<i>see bupropion hcl</i>.....35	XOLAIR.....70
VIREAD.....16	WELLBUTRIN XL	XOSPATA.....26
<i>see tenofovir disoproxil</i>	<i>see bupropion hcl</i>.....35	XPOVIO PAK (100 MG
<i>fumarate</i>.....15	<i>wera</i>.....53	ONCE WEEKLY).....27
VITRAKVI.....26	WESTAB PLUS TAB 27-	XPOVIO PAK (40 MG
VIVELLE-DOT	1MG.....66	ONCE WEEKLY).....26
<i>see doti</i>.....53	WINREVAIR.....34	XPOVIO PAK (40 MG
<i>see estradiol</i>.....53	WINREVAIR INJ 45MG..34	TWICE WEEKLY).....26
VIVIMUSTA.....20	WINREVAIR INJ 60MG..34	XPOVIO PAK (60 MG
VIVITROL.....47	<i>wixela inhub</i>.....71	ONCE WEEKLY).....27
VIVOTIF CAP EC.....64	WYOST.....50	XPOVIO PAK (60 MG
VIZIMPRO.....26	X	TWICE WEEKLY).....27
VONJO.....26	XALATAN	XPOVIO PAK (80 MG
VOQUEZNA PAK DUAL	<i>see latanoprost</i>.....67	ONCE WEEKLY).....27
PAK.....58	XALKORI.....26	XPOVIO PAK (80 MG
	XANAX	TWICE WEEKLY).....27
	<i>see alprazolam</i>.....34	XTANDI.....21

XTRENBO	50	ZELBORAF	27	ZIRGAN	67
<i>xulane</i>	53	<i>zelvysia</i>	55	ZITHROMAX	
XULTOPHY INJ 100/3.6	50	ZEMAIRA.....	70	see <i>azithromycin</i>	18
XYLOCAINE		ZEMPLAR		ZOCOR	
see <i>lidocaine hcl (local</i>		see <i>paricalcitol</i>	56	see <i>simvastatin</i>	31
<i>anesth.</i>)	11	<i>zenatane</i>	71	<i>zoledronic acid</i>	50, 51
XYLOCAINE-MPF		ZENPEP CAP 10000UNT		ZOLINZA.....	27
see <i>lidocaine hcl (local</i>		.....	58	ZOLOFT	
<i>anesth.</i>)	11	ZENPEP CAP 15000UNT		see <i>sertraline hcl</i>	36
XYREM		.....	58	<i>zolpidem tartrate</i>	45
see <i>sodium oxybate</i>	47	ZENPEP CAP 20000UNT		ZONEGRAN	
Y		.....	58	see <i>zonisamide</i>	44
YASMIN 28		ZENPEP CAP 25000UNT		ZONISADE	44
see <i>drospirenone-ethinyl</i>		.....	58	<i>zonisamide</i>	44
<i>estradiol tab 3-0.03 mg</i>		ZENPEP CAP 3000UNIT	58	ZORTRESS	
.....	51	ZENPEP CAP 40000UNT		see <i>everolimus</i>	
see <i>syeda</i>	52	.....	58	(<i>immunosuppressant</i>)	
see <i>zumandimine</i>	53	ZENPEP CAP 5000UNIT	58	.....	63
YAZ		ZENPEP CAP 60000UNT		<i>zovia 1/35</i>	53
see <i>drospirenone-ethinyl</i>		.....	58	ZTALMY	44
<i>estradiol tab 3-0.02 mg</i>		ZERVIAE	67	<i>zumandimine</i>	53
.....	51	ZESTORETIC		ZURZUVAE	36
see <i>jasmiel</i>	51	see <i>lisinopril &</i>		ZYDELIG	27
see <i>loryna</i>	52	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		ZYKADIA	27
see <i>nikki</i>	52	<i>10-12.5 mg</i>	28	ZYLET	
see <i>vestura</i>	53	see <i>lisinopril &</i>		see <i>loteprednol</i>	
YESINTEK.....	62	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>etabonate-tobramycin</i>	
YF-VAX INJ	64	<i>20-12.5 mg</i>	28	<i>ophth susp 0.5-0.3%</i>	66
YONSA.....	21	see <i>lisinopril &</i>		ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	66
YUTREPIA.....	34	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		ZYPREXA	
<i>yuvaferm</i>	53	<i>20-25 mg</i>	28	see <i>olanzapine</i>	39
Z		ZESTRIL		ZYPREXA RELPREVV ...	40
<i>zafemy</i>	53	see <i>lisinopril</i>	28	ZYPREXA ZYDIS	
<i>zafirlukast</i>	69	ZETIA		see <i>olanzapine</i>	39
ZANAFLEX		see <i>ezetimibe</i>	31	ZYTIGA	
see <i>tizanidine hcl</i>	47	ZIAGEN		see <i>abiraterone acetate</i>	
ZARONTIN		see <i>abacavir sulfate</i>	15	.....	20
see <i>ethosuximide</i>	41	<i>zidovudine</i>	16	see <i>abirtega</i>	20
ZARXIO	60	<i>ziprasidone hcl</i>	40	ZYVOX	
ZEGALOGUE	54	<i>ziprasidone mesylate</i>	40	see <i>linezolid</i>	13
ZEJULA	27	ZIRABEV	27		

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.

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.

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>.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-877-293-5325 (TTY: 711) or speak to your provider.

Spanish (Español)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-877-293-5325 (TTY 711) o hable con su proveedor.

Portuguese (Português do Brasil)

ATENÇÃO: Se você fala Português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-877-293-5325 (TTY 711) ou fale com seu provedor.

German (Deutsch)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-877-293-5325 (TTY 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

French (Français)

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliares appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-293-5325 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

French/Haitian Creole (Kreyòl Ayisyen)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-877-293-5325 (TTY : 711) oswa pale avèk founisè w la.

Farsi

فارسي

توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1-877-293-5325 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

Simplified Chinese 中文

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-877-293-5325（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

Traditional Chinese 台語

注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-877-293-5325（TTY：711）或與您的提供者討論。」

Korean 한국어

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-877-293-5325 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Vietnamese Việt

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-877-293-5325 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libheng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-877-293-5325 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Russian РУССКИЙ

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-877-293-5325 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Gujarati ગુજરાતી

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-877-293-5325 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Arabic

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-877-293-5325 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

Hindi हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-877-293-5325 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Japanese 日本語

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-877-293-5325（TTY：711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Urdu

اردو

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ -1-
” (800-293-5325 (TTY: 711 پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔“

Thai ไทย

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-877-293-5325 (TTY:711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

Este formulario de medicamentos fue actualizado el 1 de Mayo de 2026. Para ver información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) al 1-877-293-4998, los usuarios de TTY pueden llamar al 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite www.hopkinsmedicare.com.