

2027

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): 00027080.

Este formulario fue actualizado el 15 de octubre 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 877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, o visita 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 (HMO) y Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan, que fue actualizado por última vez el 1 de octubre de 2026. Para obtener una lista de los medicamentos (formulario) actualizada, por favor póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la lista de los medicamentos (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, formularios, red de farmacias y/o copagos/coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027 y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el formulario de Johns Hopkins Advantage MD (HMO) y 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: HopkinsMedicare.com/whats-covered.

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 solicitarnos 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 (HMO) y 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. Podemos retirar un medicamento de marca

del formulario cuando agregamos un equivalente genérico, o retirar un producto biológico original cuando agregamos un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, cambiarlo a un nivel de copago diferente, o ambas cosas. 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 usted y continuar 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 (HMO) y 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 2027 y que estaba bajo cobertura al comienzo del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2027, 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 enero del 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 octubre 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:

Enfermedad

1 de octubre de 2026

Y0124_HMOFormulary1026_C

El formulario comienza en la página 13. 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 13. Luego busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

Orden alfabético

Si no sabe en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 78. 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, 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 requiere que usted o el profesional que le receta el medicamento obtengan autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá recibir la aprobación por parte de nuestro plan, con base en criterios específicos, 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 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.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites al buscar en el vademécum que comienza en la página 13. 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 (HMO) y Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)?” en la página 6 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. No pagamos por medicamentos de venta libre.

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

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios al Miembro y preguntar si su medicamento está cubierto.

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

- Puede pedirle a Servicios al Miembro un formulario similares que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra su medicamento. Revise más abajo para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

“¿Cómo solicito una excepción al formulario de Johns Hopkins Advantage MD (HMO) y 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.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un costo compartido más bajo a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad.

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 de nivel o 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.

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

Como un miembro nuevo o continuo de nuestro plan, es posible que usted esté tomando medicamentos que no están en 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 para 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 (HMO) y 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 Medicare.gov.

Formulario de Johns Hopkins Advantage MD (HMO) y 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 78.

La primera columna del cuadro indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben en mayúsculas (por ejemplo, SYNTHROID) y los genéricos en minúsculas en cursiva (por ejemplo, *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 Servicios al Miembro 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).

Johns Hopkins Advantage MD (HMO)		
Deducible: \$590 (se aplica a los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5)		
Nivel de costo compartido	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red)	Costo compartido estándar de pedido por correo (dentro de 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 para 100 días de suministro	Copago de \$0 para 30 días de suministro Copago de \$0 para 60 días de suministro Copago de \$0 para 100 días de suministro
Nivel 2 de costo compartido (genérico)	Copago de \$6 para 30 días de suministro Copago de \$9 para 60 días de suministro Copago de \$12 por 100 días de suministro	Copago de \$6 para 30 días de suministro Copago de \$9 para 60 días de suministro Copago de \$12 por 100 días de suministro
Nivel 3 de costo compartido (marcas preferidas)	Copago de \$45 por 30 días de suministro Copago de \$67.50 por 60 días de suministro Copago de \$90 por 100 días de suministro	Copago de \$45 por 30 días de suministro Copago de \$67.50 por 60 días de suministro Copago de \$90 por 100 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 100 días de suministro	Coaseguro del 25 % por 30 días de suministro Coaseguro del 25 % por 60 días de suministro Coaseguro del 25 % por 100 días de suministro
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especialidad)	Coaseguro del 27 % 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 los Niveles 1 a 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.		

Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)		
Deducible: \$250 (se aplica a los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5)		
Nivel de costo compartido	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red)	Costo compartido estándar de pedido por correo (dentro de 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 para 100 días de suministro	Copago de \$0 para 30 días de suministro Copago de \$0 para 60 días de suministro Copago de \$0 para 100 días de suministro
Nivel 2 de costo compartido (genérico)	Copago de \$5 para 30 días de suministro Copago de \$7.50 por 60 días de suministro Copago de \$10 por 100 días de suministro	Copago de \$5 para 30 días de suministro Copago de \$7.50 por 60 días de suministro Copago de \$10 por 100 días de suministro
Nivel 3 de costo compartido (marcas preferidas)	Copago de \$45 por 30 días de suministro Copago de \$67.50 por 60 días de suministro Copago de \$90 por 100 días de suministro	Copago de \$45 por 30 días de suministro Copago de \$67.50 por 60 días de suministro Copago de \$90 por 100 días de suministro
Nivel 4 de costo compartido (medicamento no preferido)	Coaseguro del 30 % por 30 días de suministro Coaseguro del 30 % por 60 días de suministro Coaseguro del 30 % por 100 días de suministro	Coaseguro del 30 % por 30 días de suministro Coaseguro del 30 % por 60 días de suministro Coaseguro del 30 % por 100 días de suministro
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 los Niveles 1 a 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
<i>Tos y resfriado</i>		
Benzonatato cápsula 100mg	2	EX
Benzonatato cápsula 200mg	2	EX
Brom/Pse/Dm jarabe 2/30/10	2	EX
Fosfato de codeína 2 mg/ml / Fenilefrina HCl 1 mg/ml / Prometazina HCl 1.25 mg/ml Solución oral	2	EX
Promet VC jarabe 6.25-5/5	2	EX
Promet/Sol cod 6.25-10	2	EX
Prometazina solución DM	2	EX
<i>Vitaminas recetadas</i>		
Dodex Iny.	2	EX
Ácido fólico comprimidos 1 mg	2	EX
Nascobal Spr 500mcg	2	EX

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Vitamina B12 1 mg/ml Solución inyectable	2	EX
Comprimidos de Vitamina D2 50,000IU	2	EX
<i>Salud de los hombres</i>		
Finasterida comprimidos 1 mg QL (30 comprimidos / 30 días)	2	QL EX
Sildenafil comprimidos 25mg QL (6 comprimidos / 30 días)	2	QL EX
Sildenafil comprimidos 50mg QL (6 comprimidos / 30 días)	2	QL EX
Sildenafil comprimidos 100mg QL (6 comprimidos / 30 días)	2	QL EX
Tadalafil comprimidos 5mg QL (30 comprimidos / 30 días)	2	QL EX

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
Tadalafil comprimidos 10mg QL (6 comprimidos / 30 días)	2	QL EX
Tadalafil comprimidos 20mg QL (6 comprimidos / 30 días)	2	QL EX

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		
JOURNAVX TABS 50mg QL (29 tabs / 14 days)	3	QL PA
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> (generic of XYLOCAINE-MPF) SOLN .5%, 1%, 1.5%	4	B/D
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> (generic of XYLOCAINE) SOLN .5%, 1%, 2%	4	B/D
NSAIDS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION		
<i>celecoxib</i> (generic of CELEBREX) CAPS 50mg, 100mg, 200mg QL (60 caps / 30 days)	2	QL
<i>celecoxib</i> (generic of CELEBREX) CAPS 400mg QL (30 caps / 30 days)	2	QL
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg QL (120 tabs / 30 days)	2	QL
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
<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	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES	
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	3	
<i>ibuprofen</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	
<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, 100mg, 120mg QL (30 tabs / 30 days)	4	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</i> <i>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
<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 7.5-325mg</i> (generic of PERCOCET) QL (240 tabs / 30 days)	3	QL
<i>endocet tab 10-325mg</i> (generic of PERCOCET) 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</i> (generic of DILAUDID) LIQD 1mg/ml QL (600 mL / 30 days)	4	QL
<i>hydromorphone hcl</i> (generic of DILAUDID) TABS 2mg, 4mg, 8mg 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
<i>morphine sulfate SOLN 100mg/5ml</i> QL (180 mL / 30 days)	3	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<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</i> (generic of ROXICODONE) TABS 15mg, 30mg 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</i> (generic of PERCOCET) QL (360 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i> (generic of PERCOCET) QL (240 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i> (generic of PERCOCET) 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
<i>atovaquone</i> (generic of MEPRON) SUSP 750mg/5ml QL (300 mL / 30 days)	4	QL PA
<i>aztreonam SOLR 1gm, 2gm</i>	4	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
BLUJEP A 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	4	
<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	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	4	
<i>daptomycin</i> (generic of DAPTOMYCIN) SOLR 350mg	4	
<i>daptomycin</i> SOLR 500mg	4	
EMVERM CHEW 100mg QL (12 tabs / year)	5	* QL
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	3	
<i>fosfomycin tromethamine</i> PACK 3gm	4	
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	4	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	4	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	4	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	4	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i> (generic of PRIMAXIN IV)	4	
<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> SUSR 100mg/5ml QL (1800 mL / 30 days)	4	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> TABS 1gm	3	
<i>metronidazole</i> (generic of METRONIDAZOLE) SOLN 500mg/100ml	4	
<i>metronidazole</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	2	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg QL (6 tabs / 30 days)	4	QL
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	3	
<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	

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	L	NIVE REQUISITOS / LIMITES
<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</i> 400-80 mg/5ml	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> 200-40 mg/5ml	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 400-80 mg (generic of BACTRIM)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 800-160 mg (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	4	
<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
<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	
XIFAXAN TABS 200mg QL (9 tabs / 30 days)	3	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	L	NIVE REQUISITOS / LIMITES
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	3	
<i>fluconazole</i> (generic of DIFLUCAN) SUSR 40mg/ml	3	
<i>fluconazole</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	2	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	4	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	4	
<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)	4	QL PA
<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

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
voriconazole TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	4	QL
ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA		
atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg (generic of MALARONE)	4	
atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg (generic of MALARONE)	4	
chloroquine phosphate TABS 250mg, 500mg	4	
COARTEM TAB 20-120MG	4	
mefloquine hcl TABS 250mg	2	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	3	
primaquine phosphate (generic of PRIMAQUINE PHOSPHATE) TABS 26.3mg	3	
quinine sulfate CAPS 324mg	4	PA
ANTIRETROVIRAL AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
abacavir sulfate (generic of ZIAGEN) SOLN 20mg/ml	4	NM
abacavir sulfate TABS 300mg	4	NM
APTIVUS CAPS 250mg	5	* NM
atazanavir sulfate CAPS 150mg	4	NM
atazanavir sulfate (generic of REYATAZ) CAPS 200mg, 300mg	4	NM
darunavir (generic of PREZISTA) TABS 600mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL NM
darunavir (generic of PREZISTA) TABS 800mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL NM
EDURANT TABS 25mg	5	* NM
EDURANT PED TBSO 2.5mg	5	* NM
efavirenz TABS 600mg	4	NM
emtricitabine (generic of EMTRIVA) CAPS 200mg	4	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	4	NM
etravirine (generic of INTELENCE) TABS 100mg, 200mg	4	NM
fosamprenavir calcium TABS 700mg	4	NM
INTELENCE TABS 25mg	4	NM

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
ISENTRESS CHEW 25mg	4	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	5	* NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	5	* NM
lamivudine (generic of EPIVIR) SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	3	NM
maraviroc (generic of SELZENTRY) TABS 150mg, 300mg	3	NM
nevirapine SUSP 50mg/5ml; TB24 400mg	4	NM
nevirapine 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)	4	QL NM
REYATAZ PACK 50mg	5	* NM
rilpivirine hcl (generic of EDURANT) TABS 25mg	4	NM
ritonavir (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
tenofovir disoproxil fumarate (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
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	4	NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	* NM
zidovudine (generic of RETROVIR) CAPS 100mg	4	NM
zidovudine (generic of RETROVIR) SYRP 50mg/5ml	3	NM
zidovudine TABS 300mg	3	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 / L	LIMITES
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>	4		NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg (generic of SYMFI)</i>	4		NM
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir df tab 200-25-300 mg (generic of COMPLERA)</i>	5		* NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg (generic of TRUVADA)</i>	4		NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg (generic of TRUVADA)</i>	4		NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg (generic of TRUVADA)</i>	4		NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg (generic of TRUVADA)</i>	4		NM
EVOTAZ TAB 300-150	5		* NM
GENVOYA TAB	5		* NM
IDVYNZO TAB 100-0.25	5		* NM
JULUCA TAB 50-25MG	5		* NM
KALETRA SOL	4		NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	4		NM

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg (generic of KALETRA)</i>	4		NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg (generic of KALETRA)</i>	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 CAPS 250mg</i>	5		*
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	3		
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml</i>	4		
<i>isoniazid TABS 100mg, 300mg</i>	2		
PRETOMANID TABS 200mg	4		
PRIFTIN TABS 150mg	4		
<i>pyrazinamide TABS 500mg</i>	4		
<i>rifabutin CAPS 150mg</i>	4		
<i>rifampin CAPS 150mg, 300mg</i>	3		
<i>rifampin (generic of RIFADIN) SOLR 600mg</i>	4		
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	5		* NM PA
ANTIVIRALS - DRUGS TO TREAT VIRAL INFECTIONS			
<i>acyclovir CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg</i>	2		
<i>acyclovir SUSP 200mg/5ml</i>	4		
<i>acyclovir sodium SOLN 50mg/ml</i>	4		B/D
<i>adefovir dipivoxil TABS 10mg</i>	4		NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	5		* NM ST
<i>entecavir (generic of BARACLUDE) TABS .5mg, 1mg</i>	4		NM
<i>famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg</i>	3		
<i>ganciclovir sodium SOLR 500mg</i>	4		B/D
<i>lamivudine (hbv) TABS 100mg</i>	3		NM

PA - Previa autorización por correo QL - Límites de cantidad por correo ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos
 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
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
oseltamivir phosphate CAPS 30mg QL (168 caps / year)	3	QL
oseltamivir phosphate CAPS 45mg QL (84 caps / year)	3	QL
oseltamivir phosphate (generic of TAMIFLU) CAPS 75mg QL (84 caps / year)	3	QL
oseltamivir phosphate (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
ribavirin (hepatitis c) CAPS 200mg; TABS 200mg	3	NM
rimantadine hydrochloride TABS 100mg	4	
valacyclovir hcl (generic of VALTREX) TABS 1gm, 500mg	3	
valganciclovir hcl (generic of VALCYTE) SOLR 50mg/ml	5	*
valganciclovir hcl TABS 450mg	3	
VOSEVI TAB	5	* NM PA
CEPHALOSPORINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
cefaclor CAPS 250mg, 500mg	3	
cefadroxil CAPS 500mg	2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
cefadroxil SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	3	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	4	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	
cefazolin sodium SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	4	
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	
cefdinir CAPS 300mg	2	
cefdinir SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
cefepime hcl SOLR 1gm, 2gm	4	
cefixime CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	4	
cefotetan disodium SOLR 1gm	4	
cefotetan disodium (generic of CEFOTAN) SOLR 2gm	4	
cefoxitin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
cefpodoxime proxetil SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml	4	
cefpodoxime proxetil TABS 100mg, 200mg	3	
cefprozil SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	3	
ceftaroline fosamil (generic of TEFLARO) SOLR 400mg, 600mg	5	*
ceftazidime SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
ceftriaxone sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4	
cefuroxime axetil TABS 250mg, 500mg	2	
cefuroxime sodium SOLR 1.5gm, 750mg	4	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg	1		
<i>cephalexin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3		
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4		
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS			
<i>azithromycin</i> SOLR 500mg	4		
<i>azithromycin</i> SUSR 100mg/5ml	3		
<i>azithromycin</i> (generic of ZITHROMAX) SUSR 200mg/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> TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4		
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (generic of E.E.S. GRANULES) SUSR 200mg/5ml	4		
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (generic of ERYPED 400) SUSR 400mg/5ml	4		
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	4		
<i>fidaxomicin</i> (generic of DIFICID) TABS 200mg	5		*
FLUOROQUINOLONES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS			
<i>ciprofloxacin</i> 200 mg/100ml in d5w	4		
<i>ciprofloxacin</i> 400 mg/200ml in d5w	4		

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
<i>ciprofloxacin hcl</i> (generic of CIPRO) TABS 250mg, 500mg	2		
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 750mg	2		
<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	4		
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 500 mg/100ml	4		
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 750 mg/150ml	4		
<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	4		
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 500-125 mg	2		
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 875-125 mg	2		
<i>ampicillin</i> CAPS 500mg	2		
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj</i> 1.5 (1-0.5) gm (generic of UNASYN)	4		

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i> (generic of UNASYN)	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i> (generic of UNASYN BULK PACK)	4	
<i>ampicillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4	
BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	4	
<i>dicloxacillin sodium</i> CAPS 250mg, 500mg	3	
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 10gm	5	*
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
<i>penicillin g potassium</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 5000000unit	4	
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	
<i>penicillin v potassium</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	4	
TETRACYCLINES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>doxy 100</i> SOLR 100mg	4	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg	2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>doxycycline (monohydrate)</i> SUSR 25mg/5ml	4	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> TABS 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; TABS 20mg, 100mg	2	
<i>doxycycline hyclate</i> SOLR 100mg	4	
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	3	
NUZYRA SOLR 100mg	5	* NM
NUZYRA TABS 150mg	5	* QL NM
QL (30 tabs / 14 days)		
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	4	
<i>tigecycline</i> (generic of TYGACIL) SOLR 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</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	4	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml	4	B/D
<i>cisplatin</i> (generic of CISPLATIN) SOLN 200mg/200ml	4	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg	3	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	5	* B/D NM
<i>cyclophosphamide</i> (generic of CYCLOPHOSPHAMIDE) SOLN 1gm/5ml	5	* B/D
<i>cyclophosphamide</i> (generic of CYCLOPHOSPHAMIDE) SOLN 500mg/2.5ml	4	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml	5	* B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 1gm, 2gm, 500mg	4	B/D

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	L	NIVE REQUISITOS / LIMITES
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 50mg	4	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	5	* B/D
FRINDOVYX SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	5	* B/D 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	4	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	4	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
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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	L	NIVE REQUISITOS / LIMITES
<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	4	B/D
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
LIFYORLI CAP 125MG DS QL (18 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
LIFYORLI CAP 150MG DS QL (27 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	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
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5	* NM PA
LYSODREN TABS 500mg	5	* NM
megestrol acetate TABS 20mg, 40mg	3	
nilutamide 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	*
tamoxifen citrate TABS 10mg, 20mg	2	
toremifene citrate (generic of FARESTON) TABS 60mg	4	PA
VEPPANU TABS 100mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
VEPPANU TABS 200mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM 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		
lenalidomide (generic of REVLIMID) CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
lenalidomide (generic of REVLIMID) CAPS 20mg, 25mg QL (21 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
pomalidomide (generic of POMALYST) CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (21 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
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
bexarotene (generic of TARGRETIN) CAPS 75mg QL (300 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
doxorubicin hcl (generic of DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE) SOLN 2mg/ml	4	B/D
doxorubicin hcl liposomal (generic of DOXIL) SUSP 2mg/ml	5	* B/D
hydroxyurea (generic of HYDREA) CAPS 500mg	2	
irinotecan hcl (generic of CAMPTOSAR) SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml	4	B/D
irinotecan hcl SOLN 500mg/25ml	4	B/D
IWILFIN TABS 192mg QL (240 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
leucovorin calcium SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	4	B/D
leucovorin calcium TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	3	
MATULANE CAPS 50mg	5	* NM
mesna (generic of MESNEX) TABS 400mg	4	
MODEYSO CAPS 125mg QL (20 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
tretinoin (chemotherapy) CAPS 10mg	5	*
WELIREG TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
MITOTIC INHIBITORS		
BEIZRAY CONC 20mg/ml	4	B/D NM
docetaxel CONC 20mg/ml, 80mg/4ml	4	B/D
DOCETAXEL CONC 20mg/ml, 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	4	B/D

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITE
<i>docetaxel</i> (generic of DOCETAXEL) CONC 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	4	B/D
DOCIVYX SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	4	B/D NM
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	4	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4	B/D
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i> (generic of ABRAXANE)	5	* B/D NM
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	4	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
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	4	NM PA
BOSULIF CAPS 50mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITE
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 500mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>bosutinib</i> (generic of BOSULIF) TABS 100mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>bosutinib</i> (generic of 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 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)	3	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 (90 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml QL (216 mL / 30 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
ITOVEBI TABS 3mg QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
ITOVEBI TABS 9mg QL (28 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
JAYPIRCA TABS 50mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
JAYPIRCA TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	* B/D NM
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	* NM PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	* NM PA
KEYTRUDA INJ QLEX 395-4800 MG-UNIT/2.4ML QL (1 vial / 21 days)	5	* QL NM PA
KEYTRUDA INJ QLEX 790-9600 MG-UNIT/4.8ML QL (1 vial / 42 days)	5	* QL NM PA
KISQALI 200 DOSE TBPk QL (21 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
KISQALI 400 DOSE TBPk QL (42 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
KISQALI 600 DOSE TBPk QL (63 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
KOMZIFTI CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
KOSELUGO CAPS 10mg QL (240 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
KOSELUGO CAPS 25mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
KOSELUGO CPSP 5mg QL (600 caps / 30 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
<i>lapatinib ditosylate</i> (generic of TYKERB) TABS 250mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
LAZCLUZE TABS 80mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA

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

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
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
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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
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
SCSEMBLIX TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
SCSEMBLIX TABS 40mg QL (300 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
SCSEMBLIX 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
STIVARGA TABS 40mg QL (84 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
<i>sunitinib malate</i> (generic of SUTENT) CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg QL (112 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
TAFINLAR TBSO 10mg QL (840 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
TAGRISO TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
TALZENNA CAPS .25mg QL (90 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	5	* NM PA
TECENTRIQ INJ HYBREZA QL (1 vial / 21 days)	5	* QL NM PA
TEPMETKO TABS 225mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
TIBSOVO TABS 250mg 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
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	5	* NM PA
TRUQAP TABS 200mg; TBPK 160mg, 200mg QL (64 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	* NM PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
TURALIO CAPS 125mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
VENCLEXTA TABS 10mg QL (112 tabs / 28 days)	3	QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
VENCLEXTA TABS 50mg QL (112 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
VENCLEXTA TABS 100mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
VENCLEXTA TAB START PK QL (42 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
VITRAKVI CAPS 25mg QL (180 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
VITRAKVI CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml QL (300 mL / 30 days)	5	* QL NM PA
VONJO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
VORANIGO TABS 10mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
VORANIGO TABS 40mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 20mg, 50mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
XALKORI CPSP 150mg QL (180 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
XOSPATA TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPK 10mg QL (16 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
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

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
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) TBPk 50mg QL (8 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
yulithira (generic of AFINITOR) TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	4	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
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		
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	1	QL
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	1	QL
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg (generic of LOTENSIN HCT)	1	
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg (generic of LOTENSIN HCT)	1	
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg (generic of LOTENSIN HCT)	1	
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg	1	
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	1	
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg	1	
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg	1	
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg	1	
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg (generic of VASERETIC)	1	
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	1	
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	1	
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg (generic of ZESTORETIC)	1	
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg (generic of ZESTORETIC)	1	
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg (generic of ZESTORETIC)	1	
ACE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
benazepril hcl TABS 5mg	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 L	REQUISITOS / LIMITES
<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	
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	2	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
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
<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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<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) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> (generic of HYZAAR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> (generic of HYZAAR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<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
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<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 (180 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
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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<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 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>losartan potassium</i> (generic of COZAAR) TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan medoxomil</i> (generic of BENICAR) TABS 5mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan medoxomil</i> (generic of BENICAR) TABS 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>telmisartan</i> TABS 20mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>telmisartan</i> (generic of MICARDIS) TABS 40mg 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	
<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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>pacerone</i> TABS 100mg	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/af)</i> (generic of BETAPACE AF) TABS 80mg, 120mg, 160mg	2	
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	2	
<i>gemfibrozil</i> (generic of LOPID) TABS 600mg	1	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>atorvastatin calcium</i> (generic of LIPITOR) TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>rosuvastatin calcium</i> (generic of CRESTOR) TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>simvastatin</i> (generic of ZOCOR) TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL

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		
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL			
<i>cholestyramine</i> (generic of QUESTRAN) PACK 4gm; POWD 4gm/dose	4		
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm	4		
<i>cholestyramine light</i> (generic of QUESTRAN LIGHT) POWD 4gm/dose	4		
<i>colesevelam hcl</i> (generic of WELCHOL) PACK 3.75gm; TABS 625mg	4		
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm	4		
<i>colestipol hcl</i> (generic of COLESTID) TABS 1gm	4		
<i>ezetimibe</i> (generic of ZETIA) TABS 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	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 (antihyperlipidemic)</i> 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		
REDEMPLO SOSY 25mg/0.5ml QL (1 syringe / 90 days)	5	* QL NM PA	
REPATHA SOSY 140mg/ml QL (6 syringes / 28 days)	3	QL NM PA	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES		
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml QL (6 pens / 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>	1		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	1		
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	1		
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	1		
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	1		
<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	2		
<i>atenolol</i> (generic of TENORMIN) TABS 25mg, 50mg, 100mg	1		
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	1		
<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		

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>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	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml	4	
<i>diltiazem hcl</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg; TABS 90mg	2	
<i>diltiazem hcl</i> (generic of CARDIZEM) TABS 30mg, 60mg, 120mg	2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (generic of CARDIZEM CD) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	2	
<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	1	
<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, 120mg, 180mg, 200mg, 240mg, 300mg, 360mg	3	
<i>verapamil hcl</i> SOLN 2.5mg/ml	4	
<i>verapamil hcl</i> TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	1	
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	
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml	4	
<i>bumetanide</i> TABS 1mg, 2mg	2	
<i>bumetanide</i> (generic of BUMEX) TABS .5mg	2	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<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	4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<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</i> & <i>hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	2	
<i>torsemide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	2	
<i>triamterene</i> & <i>hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene</i> & <i>hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene</i> & <i>hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	1	
MISCELLANEOUS		
<i>aliskiren fumarate</i> (generic of TEKTURN) 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	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	
<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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<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, 10mg	3	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	2	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	3	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL PA
VYNDAMAX CAPS 61mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
NITRATES - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	2	
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	
<i>nitro-bid</i> OINT 2%	3	
<i>nitroglycerin</i> OINT 2%	3	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr	2	
<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

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>alyq</i> (generic of ADCIRCA) TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	4	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
<i>macitentan</i> (generic of OPSUMIT) TABS 10mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> (generic of REVATIO) TABS 20mg QL (360 tabs / 30 days)	3	QL NM PA
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> (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 (200 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
WINREVAIR KIT 45mg, 60mg QL (2 vials / 21 days)	5	* QL NM PA
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

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVE REQUISITOS / LIMITES

CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS

ANTIANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY

<i>alprazolam</i> (generic of XANAX) TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 days)	2	QL
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	1	
<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)	1	QL
<i>donepezil hydrochloride</i> (generic of ARICEPT) TABS 10mg	1	
<i>donepezil hydrochloride</i> TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 days)	2	QL
<i>donepezil hydrochloride</i> TBDP 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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
LEQEMBI IQLIK SOAJ 360mg/1.8ml QL (4 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
<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
AUVELITY TAB 45-105MG QL (60 tabs / 30 days)	4	QL
AUVELITY TAB TITRATIO QL (2 packs / year)	5	* QL
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<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 QL (120 caps / 30 days)	2	QL
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 30mg QL (90 caps / 30 days)	2	QL
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 60mg QL (60 caps / 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
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 TITRATION 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, 45mg	2	
<i>mirtazapine</i> (generic of REMERON) TABS 15mg, 30mg	2	
<i>mirtazapine</i> (generic of REMERON SOLTAB) TBP 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
<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) PA applies if 65 years and older	4	QL PA
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days) PA applies if 65 years and older	4	QL PA
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

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
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
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> 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	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 37.5-150-200 mg	4	
<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 vial / 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)	3	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 L	REQUISITOS / 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
BYSANTI TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL PA
BYSANTI TAB PACK A QL (2 packs / year)	4	QL PA
BYSANTI TAB PACK B QL (2 packs / year)	4	QL PA
BYSANTI TAB PACK C QL (2 packs / year)	4	QL PA
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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
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
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	4	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml	3	
<i>haloperidol lactate</i> SOLN 5mg/ml	4	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml QL (1 syringe / 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

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>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
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
<i>molindone hcl</i> 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
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) SOLR 10mg QL (3 vials / 1 day)	4	QL
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	2	QL
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	2	QL
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA ZYDIS) TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL ST
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA ZYDIS) TBDP 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
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>paliperidone</i> (generic of INVEGA) TB24 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL
<i>paliperidone</i> (generic of INVEGA) TB24 6mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3	
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	4	
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 25mg QL (180 tabs / 30 days)	2	QL
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 50mg, 100mg, 200mg QL (90 tabs / 30 days)	2	QL
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 150mg QL (90 tabs / 30 days)	2	QL
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 days)	2	QL
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL XR) TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>quetiapine fumarate</i> (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
<i>risperidone</i> (generic of RISPERDAL) SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 days)	3	QL
<i>risperidone</i> (generic of RISPERDAL) TABS .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	
<i>risperidone</i> TABS .25mg	2	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL ST
<i>risperidone</i> TBDP 4mg QL (120 tabs / 30 days)	4	QL 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 L	REQUISITOS / LIMITES
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg QL (90 tabs / 30 days)	4	QL ST
<i>risperidone microspheres</i> (generic of RISPERDAL CONSTA) SRER 12.5mg, 25mg QL (2 vials / 28 days)	4	QL
<i>risperidone microspheres</i> (generic of RISPERDAL CONSTA) SRER 37.5mg, 50mg QL (2 vials / 28 days)	5	* QL
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	5	* QL
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 3 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 4 5mg, 10mg	4	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 3 2mg, 5mg, 10mg	3	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml 5 QL (600 mL / 30 days)	5	* QL PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg 3 QL (60 caps / 30 days)	3	QL
VRAYLAR CAPS .5mg, 3 .75mg, 3mg, 4.5mg, 6mg QL (30 caps / 30 days)	3	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 vials / 3 days)	4	QL
ZYPREXA RELPREVV 5 SUSR 210mg, 300mg QL (2 vials / 28 days)	5	* QL NM PA
ZYPREXA RELPREVV 5 SUSR 405mg QL (1 vial / 28 days)	5	* QL NM PA
ANTISEIZURE AGENTS		
<i>brivaracetam</i> (generic of BRIVIACT) SOLN 10mg/ml QL (600 mL / 30 days)	4	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>brivaracetam</i> (generic of BRIVIACT) TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 3 100mg	3	
<i>carbamazepine</i> CHEW 4 200mg	4	
<i>carbamazepine</i> (generic of CARBATROL) CP12 100mg, 200mg, 300mg	4	
<i>carbamazepine</i> (generic of TEGRETOL) SUSP 4 100mg/5ml	4	
<i>carbamazepine</i> (generic of TEGRETOL) TABS 200mg 3	3	
<i>carbamazepine</i> (generic of TEGRETOL-XR) TB12 4 100mg, 200mg, 400mg	4	
<i>clobazam</i> (generic of ONFI) 4 SUSP 2.5mg/ml QL (480 mL / 30 days)	4	QL PA
<i>clobazam</i> (generic of ONFI) 4 TABS 10mg, 20mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>clonazepam</i> (generic of KLONOPIN) TABS 2mg 2 QL (300 tabs / 30 days)	2	QL
<i>clonazepam</i> (generic of KLONOPIN) TABS .5mg, 1mg 2 QL (90 tabs / 30 days)	2	QL
<i>clonazepam</i> TBDP 2mg 3 QL (300 tabs / 30 days)	3	QL
<i>clonazepam</i> TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg 3 QL (90 tabs / 30 days)	3	QL
<i>clorazepate dipotassium</i> 4 TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older	4	QL PA
DIACOMIT CAPS 250mg 5 QL (360 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
DIACOMIT CAPS 500mg 5 QL (180 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
DIACOMIT PACK 250mg 5 QL (360 packets / 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 L	REQUISITOS / LIMITES
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	4	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 (anticonvulsant)</i> 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	4	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
<i>ethosuximide</i> (generic of ZARONTIN) CAPS 250mg	3	
<i>ethosuximide</i> (generic of ZARONTIN) SOLN 250mg/5ml	4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<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
<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	
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL) TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL XR) TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	4	ST
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA) SOLN 100mg/ml	3	
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA) SOLN 500mg/5ml	4	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA) TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg	2	
<i>levetiracetam</i> TB3D 250mg QL (360 tabs / 30 days)	4	QL
<i>levetiracetam</i> TB3D 500mg QL (180 tabs / 30 days)	4	QL
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA XR) TB24 500mg, 750mg	3	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM/SODIUM CHLO)	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM/SODIUM CHLO)	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM/SODIUM CHLO)	4	
<i>methsuximide</i> (generic of CELONTIN) CAPS 300mg	4	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml QL (10 nasal units / 30 days)	4	QL
<i>oxcarbazepine</i> (generic of TRILEPTAL) SUSP 300mg/5ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> (generic of TRILEPTAL) TABS 150mg, 300mg, 600mg	2	
<i>perampanel</i> (generic of FYCOMPA) SUSP .5mg/ml QL (680 mL / 28 days)	5	* QL PA
<i>perampanel</i> (generic of FYCOMPA) TABS 2mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>perampanel</i> (generic of FYCOMPA) TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml QL (1500 mL / 30 days) PA applies if 65 years and older	4	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<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>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml PA applies if 65 years and older	4	PA
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	3	
<i>phenytoin</i> (generic of DILANTIN INFATABS) CHEW 50mg	3	
<i>phenytoin</i> (generic of DILANTIN-125) SUSP 125mg/5ml	3	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	4	
<i>phenytoin sodium extended</i> (generic of DILANTIN) CAPS 100mg	3	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 200mg, 300mg	3	
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg QL (120 caps / 30 days)	3	QL
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days)	3	QL
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 days)	3	QL
<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>relgaabi</i> (generic of NEURONTIN) CAPS 300mg QL (360 caps / 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 L	REQUISITOS / LIMITES
<i>relgaabi</i> (generic of NEURONTIN) CAPS 400mg QL (270 caps / 30 days)	2	QL
<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)	4	QL PA
SUBVENITE SUSP 10mg/ml	5	* ST
<i>subvenite</i> (generic of LAMICTAL) TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
SYMPAZAN FILM 5mg QL (60 films / 30 days)	4	QL PA
SYMPAZAN FILM 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	
<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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
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
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	

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	L	NIVE REQUISITOS / LIMITES
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
<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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	L	NIVE REQUISITOS / LIMITES
<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
<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

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>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
<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)	4	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
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</i> 1-100 mg 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 QL (18 tabs / 30 days)	2	QL
<i>rizatriptan benzoate</i> (generic of MAXALT) TABS 10mg QL (18 tabs / 30 days)	2	QL
<i>rizatriptan benzoate</i> TBDP 5mg 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
<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 syringes / 30 days)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> SOLN 6mg/0.5ml QL (12 vials / 30 days)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> (generic of IMITREX) TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (12 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 L	REQUISITOS / LIMITES
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	
<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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
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> fingolimod 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	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg QL (90 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older after a 30 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	

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
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 2-0.5 mg (base equiv)</i> (generic of SUBOXONE) QL (180 films / 30 days)	4	QL	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i> (generic of SUBOXONE) QL (90 films / 30 days)	4	QL	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i> (generic of SUBOXONE) QL (120 films / 30 days)	4	QL	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i> (generic of SUBOXONE) QL (90 films / 30 days)	4	QL	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i> QL (180 tabs / 30 days)	2	QL	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i> QL (120 tabs / 30 days)	2	QL	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
<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> 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 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i> 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
<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</i> (generic of FARXIGA) TABS 5mg, 10mg 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 L	REQUISITOS / LIMITES
<i>dapagliflozin free base-metformin hcl tab er 24hr 5-500 mg</i> (generic of XIGDUO XR) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>dapagliflozin free base-metformin hcl tab er 24hr 5-1000 mg</i> (generic of XIGDUO XR) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>dapagliflozin free base-metformin hcl tab er 24hr 10-500 mg</i> (generic of XIGDUO XR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>dapagliflozin free base-metformin hcl tab er 24hr 10-1000 mg</i> (generic of XIGDUO XR) QL (30 tabs / 30 days)	1	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 2.5-250 mg</i> QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i> QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i> 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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / 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
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
OZEMPIC TABS 1.5mg, 4mg, 9mg QL (30 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 L	REQUISITOS / 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
<i>sitagliptin phosphate</i> (generic of JANUVIA) TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>sitagliptin phosphate- metformin hcl tab 50-500 mg</i> (generic of JANUMET) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
<i>sitagliptin phosphate- metformin hcl tab 50-1000 mg</i> (generic of JANUMET) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
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
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 EXT WR MIS INSERTER QL (2 inserters / year)	4	QL PA
CEQUR SIMPL KIT 1U EXTND QL (8 patches / 24 days)	4	QL PA
CEQUR SIMPL KIT 2U EXTND 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 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

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
NOVOLIN INJ 70/30 (brand RELION not covered)	3	I
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 brand RELION not covered	3	I B/D
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml brand RELION not covered	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
OMNIPOD5 LIB KIT INTRO QL (1 kit / year)	4	QL PA
OMNIPOD5 LIB MIS PODS QL (15 pods / 30 days)	4	QL PA
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 DASH KIT INTRO QL (1 kit / year)	4	QL PA
OMNIPOD DASH MIS PODS QL (15 pods / 30 days)	4	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
SOLQUA 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
<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	4	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	4	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 syringe / 180 days)	4	QL NM
TYMLOS SOPN 3120mcg/1.56ml QL (1 pen / 30 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
<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

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	L	NIVE REQUISITOS / LIMITES
<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 DEPEND 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	
<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	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	L	NIVE REQUISITOS / LIMITES
<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>jasmie</i> (generic of YAZ)	2	
<i>jencycla</i> TABS .35mg	2	
<i>jolessa</i>	2	
<i>juleber</i>	2	
<i>june 1.5/30</i>	2	
<i>june 1/20</i>	2	
<i>june fe 1.5/30</i>	2	
<i>june fe 1/20</i>	2	
<i>kariva</i>	2	
<i>kelnor 1/35</i>	2	
<i>kurvelo</i>	2	
<i>larin 1.5/30</i>	2	
<i>larin 1/20</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 L	REQUISITOS / LIMITES
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	
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	
luizza 1.5/30	2	
luizza 1/20	2	
lutra	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	
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	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg	2	
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 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	
syeda (generic of YASMIN 28)	2	
tarina fe 1/20 eq	2	
tilia fe	2	
tri-estarylla	2	
tri-legest fe	2	
tri-lynyah	2	
tri-lo-estarylla	2	
tri-lo-marzia	2	
tri-lo-mili	2	
tri-lo-sprintec	2	
tri-mili	2	
tri-sprintec	2	
tri-vylibra	2	
tri-vylibra lo	2	
turqoz	2	
valtya 1/35	2	
valtya 1/50	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 L	REQUISITOS / LIMITES
<i>velivet</i>	2	
<i>vestura</i> (generic of YAZ)	2	
<i>vienva</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 ACTIVELLA)	2	
<i>abigale lo</i>	2	
<i>dotti</i> (generic of VIVELLE-DOT) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	2	
<i>estradiol</i> (generic of VIVELLE-DOT) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	2	
<i>estradiol</i> (generic of CLIMARA) PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	2	
<i>estradiol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	2	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i> (generic of ACTIVELLA)	2	
<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>	2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	2	
<i>jinteli</i>	2	
<i>lyllana</i> (generic of MINIVELLE) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	2	
<i>mimvey</i> (generic of ACTIVELLA)	2	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	2	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	2	
<i>yuvafem</i> (generic of VAGIFEM) TABS 10mcg	4	
GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml	3	
<i>dexamethasone</i> TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	2	
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	4	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	2	
<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	2	B/D
<i>methylprednisolone</i> TABS 32mg	2	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	4	B/D

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	L	NIVE REQUISITOS / LIMITES
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg	4	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> (generic of SOLU-MEDROL) SOLR 500mg, 1000mg	4	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	4	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	3	
GVOKE PFS SOSY 1mg/0.2ml	3	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYPE SOLN 2.9mg/5ml	5	* NM PA
<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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	L	NIVE REQUISITOS / LIMITES
<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	4	
<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 MINISQUICK PRSY .2mg	3	NM PA
GENOTROPIN MINISQUICK PRSY .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	5	* NM PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	5	* NM PA
ISTURISA TABS 1mg QL (240 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ISTURISA TABS 5mg QL (360 tabs / 30 days)	5	* QL 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
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

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>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		
REVCovi 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> POWD 3gm/tsp	5	*	NM PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> (generic of BUPHENYL) 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
<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

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>tolvaptan tab therapy pack 30 & 15 mg</i> (generic of JYNARQUE)	5	*	NM PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 45 & 15 mg</i> (generic of JYNARQUE)	5	*	NM PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 60 & 30 mg</i> (generic of JYNARQUE)	5	*	NM PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 90 & 30 mg</i> (generic of JYNARQUE)	5	*	NM PA
WEGOVY SOAJ .25mg/0.5ml, .5mg/0.5ml, 1mg/0.5ml, 1.7mg/0.75ml, 2.4mg/0.75ml QL (4 pens / 28 days)	3		QL PA
WEGOVY TABS 1.5mg, 4mg, 9mg, 25mg QL (30 tabs / 30 days)	3		QL PA
<i>zelvysia</i> (generic of KUVAN) PACK 100mg, 500mg	5	*	NM PA
PHOSPHATE BINDER AGENTS - DRUGS TO REGULATE CALCIUM AND PHOSPHORUS LEVELS			
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg QL (360 caps / 30 days)	2		B/D QL
<i>sevelamer carbonate</i> (generic of RENVELA) TABS 800mg QL (540 tabs / 30 days)	4		B/D QL
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		

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	
THYROID AGENTS - DRUGS TO REGULATE THYROID LEVELS		
<i>levothyroxine sodium</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	
<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> CAPS .25mcg, .5mcg	2	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> 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	4	B/D
<i>aprepitant</i> (generic of EMEND BIPACK) CAPS 80mg	4	B/D

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES	
<i>aprepitant</i> CAPS 125mg	5	* B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	4	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	4	
<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	2	PA
PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year		
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml	3	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/ml	4	
<i>metoclopramide hcl</i> (generic of REGLAN) TABS 5mg, 10mg	1	
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	2	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml	3	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml	4	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOSY 4mg/2ml	4	
<i>ondansetron hcl</i> TABS 4mg, 8mg	2	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	4	PA
PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year		
<i>promethazine hcl</i> (generic of PHENERGAN) SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	4	PA
PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year		

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>promethazine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg, 50mg 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
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; 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	4	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	4	
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	4	
<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)	4	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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<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
<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>alosetron hcl</i> (generic of LOTRONEX) TABS .5mg, 1mg QL (60 tabs / 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
<i>bismuth subcit-metronidazole-tetracycline cap 140-125-125 mg</i> (generic of PYLERA)	4	
CREON CAP 3000UNIT	3	
CREON CAP 6000UNIT	3	
CREON CAP 12000UNIT	3	
CREON CAP 24000UNIT	3	
CREON CAP 36000UNIT	3	
<i>cromolyn sodium</i> (mastocytosis) (generic of GASTROCROM) CONC 100mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i> (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>lubiprostone</i> (generic of AMITIZA) CAPS 8mcg, 24mcg QL (60 caps / 30 days)	3	QL
<i>misoprostol</i> (generic of CYTOTEC) TABS 100mcg, 200mcg	3	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>sucralfate</i> (generic of CARAFATE) TABS 1gm	2	
TALICIA CAP	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	3	PA
ZENPEP CAP 3000UNIT	4	
ZENPEP CAP 5000UNIT	4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
ZENPEP CAP 10000UNIT	4	
ZENPEP CAP 15000UNIT	4	
ZENPEP CAP 20000UNIT	4	
ZENPEP CAP 25000UNIT	4	
ZENPEP CAP 40000UNIT	4	
ZENPEP CAP 60000UNIT	4	
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>esomeprazole magnesium</i> (generic of NEXIUM) CPDR 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 days)	3	QL ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg QL (60 caps / 30 days)	2	QL
<i>lansoprazole</i> (generic of PREVACID) CPDR 30mg QL (60 caps / 30 days)	2	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)	2	QL
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i> (generic of JALYN) QL (30 caps / 30 days)	4	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

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
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	4	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
FILSPARI TABS 200mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
FILSPARI TABS 400mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> (generic of UROCIT-K 15) TBCR 15meq	3	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 540mg	3	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> (generic of UROCIT-K 10) TBCR 1080mg	3	
TARPEYO CPDR 4mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS TO TREAT URINARY INCONTINENCE		
GEMTESA TABS 75mg 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>tropium chloride</i> TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L LIMITES
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate</i> <i>vaginal</i> (generic of CLEOCIN) CREA 2%	3	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	3	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%	2	
<i>terconazole vaginal</i> SUPP 80mg	3	
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)	4	QL
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> (generic of PRADAXA) CAPS 110mg QL (120 caps / 30 days)	4	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 TBPB 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	

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>fondaparinux sodium</i> (generic of ARIXTRA) SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	5	*
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	4	
<i>heparin sodium</i> (porcine) SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D
<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)	4	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 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
LEUKINE SOLR 250mcg	5	* 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	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
BERINERT KIT 500unit QL (24 kits / 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	
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</i> (sickle cell) (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	4	PA
<i>prasugrel hcl</i> (generic of EFFIENT) TABS 5mg, 10mg	3	
<i>ticagrelor</i> (generic of BRILINTA) TABS 60mg, 90mg	4	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE SYSTEM			
AUTOIMMUNE AGENTS			
ADALIMUMAB-BWWD SOAJ 40mg/0.4ml QL (6 pens / 28 days)	5	*	QL NM PA
ADALIMUMAB-BWWD SOSY 40mg/0.4ml QL (6 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA
BIMZELX SOAJ 160mg/ml, 320mg/2ml QL (2 pens / 28 days)	5	*	QL NM PA
BIMZELX SOSY 160mg/ml, 320mg/2ml QL (2 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA
DUPIXENT SOAJ 200mg/1.14ml, 300mg/2ml QL (4 pens / 28 days)	5	*	QL NM PA
DUPIXENT SOSY 200mg/1.14ml, 300mg/2ml QL (4 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA
EBGLYSS SOAJ 250mg/2ml QL (20 pens / 365 days)	5	*	QL NM PA
EBGLYSS SOSY 250mg/2ml QL (20 syringes / 365 days)	5	*	QL NM PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml QL (16 vials / 28 days)	5	*	QL NM PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 cartridges / 28 days)	5	*	QL NM PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 pens / 28 days)	5	*	QL NM PA
ENTYVIO PEN SOAJ 108mg/0.68ml QL (2 pens / 28 days)	5	*	QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / L	LIMITES
HADLIMA SOSY 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA
HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 days)	5	*	QL NM PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml QL (2 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml QL (4 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA
HUMIRA PEN AJKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 days)	5	*	QL NM PA
HUMIRA PEN AJKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 days)	5	*	QL NM PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV QL (3 pens / 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
INFLIXIMAB SOLR 100mg	5	*	NM PA
KINERET SOSY 100mg/0.67ml QL (28 syringes / 28 days)	5	*	QL NM PA
OTEZLA TABS 20mg, 30mg QL (60 tabs / 30 days)	5	*	QL NM PA
OTEZLA TAB 10/20 QL (2 packs / year)	5	*	QL NM PA
OTEZLA TAB 10/20/30 QL (2 packs / year)	5	*	QL NM PA
OTEZLA XR TB24 75mg QL (30 tabs / 30 days)	5	*	QL NM PA
OTEZLA/XR TAB 28 DAY QL (2 packs / year)	5	*	QL NM PA
PYZCHIVA SOAJ 45mg/0.5ml QL (1 pen / 28 days)	3		QL NM PA
PYZCHIVA SOAJ 90mg/ml QL (1 pen / 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
PYZCHIVA SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 28 days)	3	QL NM PA
PYZCHIVA SOLN 130mg/26ml	5	* NM PA
PYZCHIVA SOSY 45mg/0.5ml QL (1 syringe / 28 days)	3	QL NM PA
PYZCHIVA SOSY 90mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL NM PA
RENFLEXIS 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
SKYRIZI SOSY 55mg/0.37ml, 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
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
<i>tofacitinib citrate</i> (generic of XELJANZ) SOLN 1mg/ml QL (480 mL / 24 days)	5	* QL NM PA
<i>tofacitinib citrate</i> (generic of XELJANZ) TABS 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>tofacitinib citrate</i> (generic of XELJANZ XR) TB24 11mg, 22mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
TREMFYA SOAJ 200mg/2ml QL (2 pens / 28 days)	5	* QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
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
VELSIPTY TABS 2mg 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
ZYMFENTRA 2-PEN AJKT 120mg/ml QL (2 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
ZYMFENTRA 2-SYRINGE PSKT 120mg/ml QL (2 syringes / 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 / L LIMITES		
DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS) - DRUGS TO TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS			
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> (generic of PLAQUENIL) TABS 200mg	2		
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	4		B/D
<i>leflunomide</i> (generic of ARAVA) TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	2		QL
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	2		
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
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5		* NM PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5		* NM PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5		* NM PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml	4		NM PA
OCTAGAM SOLN 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5		* NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES		
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	* NM PA	
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	* NM PA	
IMMUNOMODULATORS			
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	5	* NM PA	
ARCALYST SOLR 220mg	5	* NM PA	
VYVGART SOLN 400mg/20ml	5	* NM PA	
IMMUNOSUPPRESSANTS			
ASTAGRAF XL CP24 5mg	5	* B/D NM	
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	4	B/D NM	
<i>azathioprine</i> (generic of IMURAN) TABS 50mg	3	B/D	
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml QL (8 pens / 28 days)	5	* QL NM PA	
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	5	* NM PA	
BENLYSTA SOSY 200mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA	
<i>cyclosporine</i> (generic of SANDIMMUNE) CAPS 25mg, 100mg	4	B/D NM	
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> (generic of NEORAL) CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D NM	
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 50mg	4	B/D NM	
ENVARUSUS XR TB24 .75mg, 1mg, 4mg	4	B/D NM	
<i>everolimus</i> (immunosuppressant) (generic of ZORTRESS) TABS 1mg	5	* B/D NM	
<i>everolimus</i> (immunosuppressant) (generic of ZORTRESS) TABS .25mg, .5mg, .75mg	4	B/D NM	
<i>gengraf</i> (generic of NEORAL) CAPS 25mg, 100mg	4	B/D NM	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>mycophenolate mofetil</i> (generic of CELLCEPT) CAPS 250mg; TABS 500mg	3	B/D NM
<i>mycophenolate mofetil</i> (generic of CELLCEPT) SUSR 200mg/ml	4	B/D NM
<i>mycophenolate sodium</i> (generic of MYFORTIC) TBEC 180mg, 360mg	4	B/D NM
NULOJIX SOLR 250mg	5	* B/D NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	4	B/D NM
REZUROCK TABS 200mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	4	B/D NM
<i>tacrolimus</i> (generic of PROGRAF) CAPS .5mg, 1mg, 5mg	4	B/D NM
<i>tacrolimus</i> (generic of ASTAGRAF XL) CP24 .5mg, 1mg, 5mg	4	B/D NM
VACCINES		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	1	PA
ACTHIB INJ	1	
ADACEL INJ	1	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	PA
BCG VACCINE SOLR 50mg	1	
BEXSERO SUSY .5ml	1	
BOOSTRIX INJ	1	
DAPTACEL INJ	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	
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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
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	
PEDVAXHIB 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 SOSY 25mcg/0.5ml	1	
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	

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
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	4	
D5W/NACL INJ 0.2%	4	
D5W/NACL INJ 0.45%	4	
D10W/NACL INJ 0.2%	4	
D10W/NACL INJ 0.45%	4	
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45% (generic of DEXTROSE 2.5%/SODIUM CHLO)	4	
dextrose 5% in lactated ringers	4	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3% (generic of DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORI)	4	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9% (generic of DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORI)	4	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45% (generic of DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORI)	4	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225% (generic of DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE)	4	
ISOLYTE-P INJ /D5W	4	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	4	
kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj (generic of KCL 0.075%/D5W/NACL 0.45%)	4	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj (generic of KCL 0.15%/D5W/NACL 0.9%)	4	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj (generic of KCL 0.15%/D5W/NACL 0.45%)	4	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)	4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)	4	
kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.9% inj	4	
kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj	4	
kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj (generic of POTASSIUM CHLORIDE/DEXTRO)	4	
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj (generic of KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9%)	4	
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj (generic of KCL 0.3%/D5W/NACL 0.45%)	4	
kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)	4	
kcl 40 meq/l (0.298%) in nacl 0.9% inj	4	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4	
KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2	4	
lactated ringer's solution (generic of LACTATED RINGERS)	4	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	4	
magnesium sulfate (generic of MAGNESIUM SULFATE) SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	4	
magnesium sulfate SOLN 3gm/100ml, 4gm/50ml	4	
magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml (generic of MAGNESIUM SULFATE IN D5W)	4	
multiple electrolytes ph 5.5 (generic of PLASMA-LYTE A)	4	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	4	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	4	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	4	
<i>potassium chloride</i> SOLN 2meq/ml	4	
<i>potassium chloride</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE) SOLN 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	4	
<i>potassium chloride</i> 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj (generic of POTASSIUM CHLORIDE/DEXTRO)	4	
<i>sodium chloride</i> SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	4	
TPN ELECTROL INJ	4	B/D
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	4	
<i>klor-con</i> 8 (generic of Klor-con 8) TBCR 8meq	2	
<i>klor-con</i> 10 TBCR 10meq	2	
<i>klor-con</i> m10 TBCR 10meq	2	
<i>klor-con</i> m15 TBCR 15meq	2	
<i>klor-con</i> m20 TBCR 20meq	2	
M-NATAL PLUS TAB	3	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; TBCR 10meq, 20meq	2	
<i>potassium chloride</i> PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	4	
<i>potassium chloride</i> (generic of Klor-con 8) TBCR 8meq	2	
<i>potassium chloride</i> microencapsulated crystals er TBCR 10meq, 15meq, 20meq	2	
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	3	
<i>sodium fluoride</i> chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln	2	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	3	
IV NUTRITION		
<i>aminosyn ii soln</i> 15%	4	B/D
AMINOSYN INJ 10%	4	B/D

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
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</i> 15%	4	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	B/D
<i>dextrose</i> SOLN 5%	4	
<i>dextrose</i> (generic of DEXTROSE 10%) SOLN 10%	4	
<i>dextrose</i> (generic of DEXTROSE 50%) SOLN 50%	4	B/D
DEXTROSE 10% SOLN 10%	4	
DEXTROSE 70% SOLN 70%	4	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</i> 1%	3	
<i>loteprednol etabonate-tobramycin ophth susp</i> 0.5-0.3% (generic of ZYLET)	4	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint</i> 0.1% (generic of MAXITROL)	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp</i> 0.1% (generic of MAXITROL)	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	4	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<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	
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	2	
<i>besifloxacin hcl SUSP .6%</i>	4	
CILOXAN OINT .3%	3	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	2	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	2	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) (generic of VIGAMOX) SOLN .5%</i>	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) (generic of OCUFLOX) SOLN .3%</i>	2	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) SOLN 10%</i>	3	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	4	
XDEM VY SOLN .25%	5	* NM PA
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION		
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	3	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>fluorometholone (ophth) (generic of FML LIQUIFILM) SUSP .1%</i>	3	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%</i>	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) (generic of ACULAR) SOLN .5%</i>	2	
LOTEMAX OINT .5%	3	
<i>prednisolone acetate (ophth) (generic of PRED FORTE) SUSP 1%</i>	3	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	3	
ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>azelastine hcl (ophth) SOLN .05%</i>	2	
<i>cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%</i>	2	
ZERVIA TE SOLN .24%	4	
ANTI GLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%</i>	3	
<i>brimonidine tartrate SOLN .2%</i>	1	
<i>brimonidine tartrate-timolol maleate ophth soln 0.2-0.5% (generic of COMBIGAN)</i>	3	
<i>brinzolamide (generic of AZOPT) SUSP 1%</i>	4	ST
<i>carteolol hcl (ophth) SOLN 1%</i>	2	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	
<i>dorzolamide hcl SOLN 2%</i>	2	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5% (generic of COSOPT)</i>	2	
<i>latanoprost (generic of XALATAN) SOLN .005%</i>	1	
<i>levobunolol hcl SOLN .5%</i>	2	
LUMIGAN SOLN .01%	3	
<i>pilocarpine hcl SOLN 1%, 2%, 4%</i>	3	
RHOPRESSA SOLN .02%	4	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
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%	2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> (generic of DERMOTIC) OIL .01%	3	
<i>hydrocortisone w/ acetic acid otic soln 1-2%</i>	4	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	3	
<i>ofloxacin (otic)</i> SOLN .3%	4	
RESPIRATORY - DRUGS TO TREAT BREATHING DISORDERS		
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT COPD		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	3	QL
QL (60 blisters / 30 days)		

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
BEVESPI AER 9-4.8MCG QL (1 inhaler / 30 days)	3	QL
BREZTRI AERO AER 9MCG QL (1 inhaler / 30 days)	3	QL
BREZTRI AERO AER 18MCG 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</i> SOLN .02%	2	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	3	
<i>ipratropium bromide hfa</i> (generic of ATROVENT HFA) AERS 17mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	4	QL
SPIRIVA RESPIMAT AERS 1.25mcg/act QL (1 inhaler / 30 days)	4	QL
ANTI-HISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%	2	
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 5mg/5ml QL (300 mL / 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 L	REQUISITOS / LIMITES
<i>cypheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year		3	PA
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml		4	
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml PA applies if 65 years and older		4	PA
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year		3	PA
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year		3	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml QL (300 mL / 30 days)		4	QL
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)		2	QL
BETA AGONISTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD			
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Proair HFA)		2	QL
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Proventil HFA)		2	QL
<i>albuterol sulfate</i> (generic of VENTOLIN HFA) AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Ventolin HFA)		2	QL
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml		2	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg		4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<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	
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
<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	
<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 (56 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
<i>nintedanib esylate</i> (generic of OFEV) CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
NUCALA SOAJ 100mg/ml QL (3 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
NUCALA SOLR 100mg QL (3 vials / 28 days)	5	* QL NM PA
NUCALA SOSY 40mg/0.4ml QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL NM PA
NUCALA SOSY 100mg/ml QL (3 syringes / 28 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
<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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<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
NASAL STEROIDS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025% QL (3 bottles / 30 days)	3	QL
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> 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, 160mcg/act QL (2 inhalers / 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 L	REQUISITOS / LIMITES
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalations / 30 days)	3	QL
<i>budesonide (inhalation)</i> (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>breynd</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
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol</i> 160-4.5 mcg/act (generic of SYMBICORT) QL (3 inhalers / 30 days)	3	QL
<i>fluticasone furoate-vilanterol aero powd ba</i> 100-25 mcg/act QL (60 blisters / 30 days)	2	QL
<i>fluticasone furoate-vilanterol aero powd ba</i> 200-25 mcg/act QL (60 blisters / 30 days)	2	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i> 100-50 mcg/act (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days)	3	QL
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i> 250-50 mcg/act (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days)	3	QL
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i> 500-50 mcg/act (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days)	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</i> 5-3% (generic of BENZAMYCIN) QL (46.6 gm / 30 days)	4	QL
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
<i>clindamycin phosph-benzoyl peroxide (refrig) gel</i> 1.2 (1)-5% QL (45 gm / 30 days)	3	QL
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> (generic of CLINDAGEL) GEL 1% QL (75 mL / 30 days)	4	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</i> PADS 2% QL (60 pledgets / 30 days)	3	QL

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>erythromycin (acne aid)</i> 2% GEL		3	QL
QL (60 gm / 30 days)			
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2%		3	QL
QL (60 mL / 30 days)			
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg		4	PA
<i>neuac</i>		3	QL
QL (45 gm / 30 days)			
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> (generic of KLARON) LOTN 10%		4	QL
QL (118 mL / 30 days)			
<i>tretinoin</i> (generic of RETIN-A) CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%		4	QL PA
QL (45 gm / 30 days)			
<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%		4	QL
QL (60 gm / 30 days)			
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg		4	PA
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS			
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1%		3	QL
QL (30 gm / 30 days)			
<i>mupirocin</i> OINT 2%		2	QL
QL (30 gm / 30 days)			
<i>silver sulfadiazine</i> (generic of SILVADENE) CREA 1%		2	
<i>ssd</i> (generic of SILVADENE) CREA 1%		2	
<i>SULFAMYLLON</i> CREA 85mg/gm		4	QL
QL (453.6 gm / 30 days)			
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS			
<i>ciclopirox</i> SHAM 1%		3	QL
QL (120 mL / 30 days)			
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%		3	QL
QL (90 gm / 30 days)			
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%		3	QL
QL (60 mL / 30 days)			
<i>clotrimazole (topical)</i> 1% CREA		2	QL
QL (45 gm / 30 days)			

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>clotrimazole (topical)</i> 1% SOLN		3	QL
QL (60 mL / 30 days)			
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> 1-0.05%		3	QL
QL (45 gm / 30 days)			
<i>econazole nitrate</i> CREA 1%		3	QL
QL (85 gm / 30 days)			
<i>ketoconazole (topical)</i> 2% CREA		3	QL
QL (60 gm / 30 days)			
<i>ketoconazole (topical)</i> 2% SHAM		2	QL
QL (120 mL / 30 days)			
<i>klayesta</i> POWD 100000unit/gm		3	QL
QL (60 gm / 30 days)			
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm		3	QL
QL (60 gm / 30 days)			
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm		2	QL
QL (30 gm / 30 days)			
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm		3	QL
QL (60 gm / 30 days)			
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm		3	QL
QL (60 gm / 30 days)			
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%		2	
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS			
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg		4	
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005%		4	QL PA
QL (120 gm / 30 days)			
<i>calcipotriene</i> (generic of PELLIX) SOLN .005%		3	QL PA
QL (120 mL / 30 days)			
<i>calcitrene</i> OINT .005%		4	QL PA
QL (120 gm / 30 days)			
<i>ENSTILAR</i> AER		5	* QL PA
QL (120 gm / 30 days)			
<i>PELLIX</i> SOLN .005%		3	QL PA
QL (120 mL / 30 days)			
<i>tazarotene</i> (generic of TAZORAC) CREA .05%, .1%		3	QL PA
QL (60 gm / 30 days)			

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort</i> CREA 1%	1	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 days)	4	QL
<i>betamethasone dipropionate</i> (topical) CREA .05% QL (120 gm / 30 days)	3	QL
<i>betamethasone dipropionate</i> (topical) LOTN .05% QL (120 mL / 30 days)	2	QL
<i>betamethasone dipropionate</i> (topical) OINT .05% QL (120 gm / 30 days)	4	QL
<i>betamethasone dipropionate</i> augmented CREA .05% QL (120 gm / 30 days)	2	QL
<i>betamethasone dipropionate</i> augmented GEL .05% QL (120 gm / 30 days)	4	QL
<i>betamethasone dipropionate</i> augmented LOTN .05% QL (120 mL / 30 days)	4	QL
<i>betamethasone dipropionate</i> augmented (generic of DIPROLENE) OINT .05% QL (120 gm / 30 days)	4	QL
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1% QL (120 gm / 30 days)	2	QL
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1% QL (120 mL / 30 days)	3	QL
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05% QL (120 gm / 30 days)	4	QL
<i>clobetasol propionate</i> 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> SHAM .05% QL (236 mL / 30 days)	4	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01% QL (60 gm / 30 days)	4	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of SYNALAR) CREA .025%; OINT .025% QL (120 gm / 30 days)	4	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of DERMA- SMOOTHE/FS BODY) OIL .01% QL (118.28 mL / 30 days)	4	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of DERMA- SMOOTHE/FS SCALP) OIL .01% QL (118.28 mL / 30 days)	4	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)	4	QL
<i>fluocinonide</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 days)	4	QL
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 days)	4	QL
<i>fluocinonide</i> SOLN .05% QL (60 mL / 30 days)	4	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% QL (30 gm / 30 days)	2	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>hydrocortisone valerate</i> CREA .2% QL (60 gm / 30 days)	3	QL
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	2	
<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)	4	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> PRSY 2% QL (60 mL / 30 days)	4	QL PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4% QL (50 mL / 30 days)	4	QL PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5% QL (30 gm / 30 days)	2	B/D QL
<i>lidocan</i> (generic of LIDODERM) PTCH 5% QL (3 patches / 1 day)	4	QL PA
<i>tridacaine iii</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
<i>EUCRISA</i> OINT 2% QL (120 gm / 30 days)	4	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<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> CREA .75%; 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
<i>PANRETIN</i> GEL .1% QL (60 gm / 30 days)	5	* QL PA
<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
<i>VALCHLOR</i> 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

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>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</i> (gu irrigant) SOLN .9%	2	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	2	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>chlorhexidine gluconate</i> (mouth-throat) (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</i> (mouth-throat) SOLN 2%	2	
<i>nystatin</i> (mouth-throat) (generic of NYSTATIN) SUSP 100000unit/ml	2	
<i>periogard</i> (generic of PERIDEX) SOLN .12%	1	
<i>pilocarpine hcl</i> (oral) (generic of SALAGEN) TABS 5mg, 7.5mg	3	
<i>triamcinolone acetonide</i> (mouth) PSTE .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

Index

- A**
- abacavir sulfate.....19
 - abacavir sulfate-lamivudine
tab 600-300 mg.....20
 - abigale.....57
 - abigale lo.....57
 - ABILIFY
see aripiprazole.....41
 - ABILIFY ASIMTUFII.....41
 - ABILIFY MAINTENA.....41
 - abiraterone acetate.....24
 - abirtega.....24
 - ABRAXANE
see paclitaxel protein-
bound particles for iv
susp 100 mg.....26
 - ABRYSVO.....68
 - acamprosate calcium.....51
 - acarbose.....51
 - accutane.....75
 - acebutolol hcl.....35
 - acetaminophen w/ codeine
soln 120-12 mg/5ml.....15
 - acetaminophen w/ codeine
tab 300-15 mg.....16
 - acetaminophen w/ codeine
tab 300-30 mg.....16
 - acetaminophen w/ codeine
tab 300-60 mg.....16
 - acetazolamide.....36
 - acetic acid.....63
 - acetic acid (otic).....72
 - acetylcysteine.....73
 - acitretin.....76
 - ACTHIB INJ.....68
 - ACTIMMUNE.....67
 - ACTIVEVLA
see abigale.....57
 - see estradiol &
norethindrone acetate
tab 1-0.5 mg.....57
 - see mimvey.....57
 - ACTOPLUS MET
see pioglitazone hcl-
metformin hcl tab 15-
850 mg.....53
 - ACTOS
see pioglitazone hcl.....53
 - ACULAR
see ketorolac
tromethamine (ophth)
.....71
 - acyclovir.....20
 - acyclovir sodium.....20
 - ADACEL INJ.....68
 - ADALIMUMAB-BWWD...65
 - ADCIRCA
see alyq.....38
 - see tadalafil (pulmonary
hypertension).....38
 - ADDERALL
see amphetamine-
dextroamphetamine
tab 10 mg.....48
 - see amphetamine-
dextroamphetamine
tab 12.5 mg.....48
 - see amphetamine-
dextroamphetamine
tab 15 mg.....48
 - see amphetamine-
dextroamphetamine
tab 20 mg.....48
 - see amphetamine-
dextroamphetamine
tab 30 mg.....48
 - see amphetamine-
dextroamphetamine
tab 5 mg.....48
 - see amphetamine-
dextroamphetamine
tab 7.5 mg.....48
 - ADDERALL XR
see amphetamine-
dextroamphetamine
cap er 24hr 10 mg...48
 - see amphetamine-
dextroamphetamine
cap er 24hr 15 mg...48
 - see amphetamine-
dextroamphetamine
cap er 24hr 20 mg...48
 - see amphetamine-
dextroamphetamine
cap er 24hr 25 mg...48
 - see amphetamine-
dextroamphetamine
cap er 24hr 30 mg...48
 - see amphetamine-
dextroamphetamine
cap er 24hr 5 mg...48
 - adefovir dipivoxil.....20
 - ADEMPAS.....37
 - ADMELOG.....53
 - ADMELOG SOLOSTAR .53
 - ADRENALIN
see epinephrine.....37
 - ADVAIR DISKUS
see fluticasone-
salmeterol aer powder
ba 100-50 mcg/act...75
 - see fluticasone-
salmeterol aer powder
ba 250-50 mcg/act...75
 - see fluticasone-
salmeterol aer powder
ba 500-50 mcg/act...75
 - see wixela inhub.....75
 - ADVAIR HFA AER 115/21
.....75
 - ADVAIR HFA AER 230/21
.....75
 - ADVAIR HFA AER 45/21 75
 - AFINITOR
see everolimus.....27
 - see torpenz.....30
 - see yulithira.....31
 - AFINITOR DISPERZ
see everolimus.....27
 - afirmelle.....55
 - AGRYLIN
see anagrelide hcl.....64
 - AIMOVIG.....49
 - AIRSUPRA AER 90-
80MCG.....75
 - AKEEGA TAB 100/500...24
 - AKEEGA TAB 50/500MG
.....24
 - ala-cort.....77
 - albendazole.....16
 - albuterol sulfate.....73
 - ALCAINE
see proparacaine hcl...72
 - alclometasone dipropionate
.....77

ALCOHOL SWABS:		
EMBECTA-		
BD/MHC/RUGBY	53	
ALDACTONE		
see <i>spironolactone</i>	32	
ALDURAZYME	58	
ALECENSA	26	
alendronate sodium	54	
alfuzosin hcl	62	
aliskiren fumarate	37	
allopurinol	15	
alosetron hcl	61	
alprazolam	38	
altavera	55	
ALUNBRIG	26	
ALUNBRIG PAK	26	
ALVAIZ	64	
ALVESCO	74	
alyacen 1/35	55	
alyacen 7/7/7	55	
ALYGLO	67	
alyq	38	
amantadine hcl	41	
AMBIEN		
see <i>zolpidem tartrate</i> ...	49	
AMBISOME		
see <i>amphotericin b</i>		
liposome	18	
ambrisentan	38	
amikacin sulfate	16	
amiloride &		
hydrochlorothiazide tab		
5-50 mg	36	
amiloride hcl	36	
aminosyn ii soln 15%	70	
AMINOSYN INJ 10%	70	
AMINOSYN-PF INJ 10%	70	
amiodarone hcl	34	
AMITIZA		
see <i>lubiprostone</i>	62	
amitriptyline hcl	39	
amlodipine besylate	36	
amlodipine besylate-		
benazepril hcl cap 10-20		
mg	31	
amlodipine besylate-		
benazepril hcl cap 10-40		
mg	31	
amlodipine besylate-		
benazepril hcl cap 2.5-10		
mg	31	
amlodipine besylate-		
benazepril hcl cap 5-10		
mg	31	
amlodipine besylate-		
benazepril hcl cap 5-20		
mg	31	
amlodipine besylate-		
benazepril hcl cap 5-40		
mg	31	
amlodipine besylate-		
olmesartan medoxomil		
tab 10-20 mg	32	
amlodipine besylate-		
olmesartan medoxomil		
tab 10-40 mg	32	
amlodipine besylate-		
olmesartan medoxomil		
tab 5-20 mg	32	
amlodipine besylate-		
olmesartan medoxomil		
tab 5-40 mg	32	
amlodipine besylate-		
valsartan tab 10-160 mg		
.....	32	
amlodipine besylate-		
valsartan tab 10-320 mg		
.....	32	
amlodipine besylate-		
valsartan tab 5-160 mg	32	
amlodipine besylate-		
valsartan tab 5-320 mg	32	
AMLODIPINE/OLMESART		
AN MED		
see <i>amlodipine besylate-</i>		
olmesartan medoxomil		
tab 10-20 mg	32	
see <i>amlodipine besylate-</i>		
olmesartan medoxomil		
tab 10-40 mg	32	
see <i>amlodipine besylate-</i>		
olmesartan medoxomil		
tab 5-20 mg	32	
see <i>amlodipine besylate-</i>		
olmesartan medoxomil		
tab 5-40 mg	32	
amnestem	75	
amoxapine	39	
amoxicillin	22	
amoxicillin & k clavulanate		
for susp 200-28.5 mg/5ml		
.....	22	
amoxicillin & k clavulanate		
for susp 250-62.5 mg/5ml		
.....	22	
amoxicillin & k clavulanate		
for susp 400-57 mg/5ml		
.....	22	
amoxicillin & k clavulanate		
for susp 600-42.9 mg/5ml		
.....	22	
amoxicillin & k clavulanate		
tab 250-125 mg	22	
amoxicillin & k clavulanate		
tab 500-125 mg	22	
amoxicillin & k clavulanate		
tab 875-125 mg	22	
amphetamine-		
dextroamphetamine cap		
er 24hr 10 mg	48	
amphetamine-		
dextroamphetamine cap		
er 24hr 15 mg	48	
amphetamine-		
dextroamphetamine cap		
er 24hr 20 mg	48	
amphetamine-		
dextroamphetamine cap		
er 24hr 25 mg	48	
amphetamine-		
dextroamphetamine cap		
er 24hr 30 mg	48	
amphetamine-		
dextroamphetamine cap		
er 24hr 5 mg	48	
amphetamine-		
dextroamphetamine tab		
10 mg	48	
amphetamine-		
dextroamphetamine tab		
12.5 mg	48	
amphetamine-		
dextroamphetamine tab		
15 mg	48	
amphetamine-		
dextroamphetamine tab		
20 mg	48	

<i>amphetamine-</i> <i>dextroamphetamine tab</i> 30 mg.....48	<i>aranelle</i>.....55	<i>aubra eq</i>.....55
<i>amphetamine-</i> <i>dextroamphetamine tab 5</i> <i>mg</i>.....48	ARAVA <i>see leflunomide</i>.....67	AUGMENTIN ES-600 <i>see amoxicillin & k</i> <i>clavulanate for susp</i> 600-42.9 mg/5ml.....22
<i>amphetamine-</i> <i>dextroamphetamine tab</i> 7.5 mg.....48	ARCALYST.....67	AUGTYRO.....26
<i>amphotericin b</i>.....18	AREXVY.....68	<i>aurovela 1/20</i>.....55
<i>amphotericin b liposome</i>.....18	ARICEPT <i>see donepezil</i> <i>hydrochloride</i>.....38	<i>aurovela fe 1.5/30</i>.....55
<i>ampicillin</i>.....22	ARIKAYCE.....16	<i>aurovela fe 1/20</i>.....55
<i>ampicillin & sulbactam</i> <i>sodium for inj 1.5 (1-0.5)</i> <i>gm</i>.....22	ARIMIDEX <i>see anastrozole</i>.....24	AUSTEDO.....50
<i>ampicillin & sulbactam</i> <i>sodium for inj 3 (2-1) gm</i> .....23	<i>aripiprazole</i>.....41	AUSTEDO XR.....50
<i>ampicillin & sulbactam</i> <i>sodium for iv soln 15 (10-</i> <i>5) gm</i>.....23	ARISTADA.....41, 42	AUSTEDO XR TAB TITR KIT.....50
<i>ampicillin sodium</i>.....23	ARISTADA INITIO.....42	AUVELITY TAB 45-105MG .....39
AMPYRA <i>see dalfampridine</i>.....50	ARIXTRA <i>see fondaparinux sodium</i> .....63, 64	AUVELITY TAB TITRATIO .....39
ANAFRANIL <i>see clomipramine hcl</i> ..39	<i>armodafinil</i>.....51	AVALIDE <i>see irbesartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 150-12.5 mg.....33
<i>anagrelide hcl</i>.....64	ARNUITY ELLIPTA.....75	<i>see irbesartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 300-12.5 mg.....33
<i>anastrozole</i>.....24	AROMASIN <i>see exemestane</i>.....24	AVAPRO <i>see irbesartan</i>.....34
ANCOBON <i>see flucytosine</i>.....18	<i>asenapine maleate</i>.....42	<i>aviane</i>.....55
ANDROGEL PUMP <i>see testosterone pump</i> 51	<i>aspirin-dipyridamole cap er</i> 12hr 25-200 mg.....64	AVMAPKI PAK FAKZYNJA .....26
ANORO ELLIPT AER 62.5- 25.....72	ASTAGRAF XL.....67 <i>see tacrolimus</i>.....68	AVODART <i>see dutasteride</i>.....62
ANUSOL-HC <i>see hydrocortisone</i> <i>(rectal)</i>.....78	ATACAND <i>see candesartan cilexetil</i> .....33	<i>ayuna</i>.....55
<i>see procto-med hc</i>.....78	<i>atazanavir sulfate</i>.....19	AYVAKIT.....26
<i>see proctosol hc</i>.....78	<i>atenolol</i>.....35	<i>azacitidine</i>.....24
<i>see proctozone-hc</i>.....78	<i>atenolol & chlorthalidone</i> <i>tab 100-25 mg</i>.....35	<i>azathioprine</i>.....67
<i>aprepitant</i>.....60	<i>atenolol & chlorthalidone</i> <i>tab 50-25 mg</i>.....35	<i>azelastine hcl</i>.....72
<i>aprepitant capsule therapy</i> <i>pack 80 & 125 mg</i>.....60	ATIVAN <i>see lorazepam</i>.....38	<i>azelastine hcl (ophth)</i>.....71
<i>apri</i>.....55	<i>atomoxetine hcl</i>.....48	AZILECT <i>see rasagiline mesylate</i> .....41
APRISO <i>see mesalamine</i>.....61	<i>atorvastatin calcium</i>.....34	<i>azithromycin</i>.....22
APTIOM <i>see eslicarbazepine</i> <i>acetate</i>.....45	<i>atovaquone</i>.....16	AZOPT <i>see brinzolamide</i>.....71
APTIVUS.....19	<i>atovaquone-proguanil hcl</i> <i>tab 250-100 mg</i>.....19	<i>aztreonam</i>.....16
	<i>atovaquone-proguanil hcl</i> <i>tab 62.5-25 mg</i>.....19	AZULFIDINE <i>see sulfasalazine</i>.....61
	ATROPINE SULFATE ....72	AZULFIDINE EN-TABS <i>see sulfasalazine</i>.....61
	<i>atropine sulfate</i> <i>(ophthalmic)</i>.....72	<i>azurette</i>.....55
	ATROVENT HFA.....72 <i>see ipratropium bromide</i> <i>hfa</i>.....72	

B		
<i>bacitracin-polymyxin b</i>		
ophth oint	71	
<i>bacitracin-polymyxin-</i>		
<i>neomycin-hc ophth oint</i>		
1%	70	
<i>baclofen</i>	50	
BACTRIM		
see <i>sulfamethoxazole-</i>		
<i>trimethoprim tab 400-</i>		
80 mg	18	
BACTRIM DS		
see <i>sulfamethoxazole-</i>		
<i>trimethoprim tab 800-</i>		
160 mg	18	
BAFIERTAM	50	
<i>balsalazide disodium</i>	61	
BALVERSA	26	
<i>balziva</i>	55	
BANZEL		
see <i>rufinamide</i>	47	
BARACLUDE	20	
see <i>entecavir</i>	20	
BCG VACCINE	68	
BEIZRAY	25	
<i>benazepril &</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
10-12.5 mg	31	
<i>benazepril &</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
20-12.5 mg	31	
<i>benazepril &</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
20-25 mg	31	
<i>benazepril &</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
5-6.25mg	31	
<i>benazepril hcl</i>	31, 32	
BENDAMUSTINE		
HYDROCHLORID	23	
BENDEKA	23	
BENICAR		
see <i>olmesartan</i>		
<i>medoxomil</i>	34	
BENICAR HCT		
see <i>olmesartan</i>		
<i>medoxomil-</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
20-12.5 mg	33	
see <i>olmesartan</i>		
<i>medoxomil-</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
40-12.5 mg	33	
see <i>olmesartan</i>		
<i>medoxomil-</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
40-25 mg	33	
BENLYSTA	67	
BENZAMYCIN		
see <i>benzoyl peroxide-</i>		
<i>erythromycin gel 5-3%</i>		
.....	75	
<i>benzoyl peroxide-</i>		
<i>erythromycin gel 5-3%</i>	75	
<i>benztropine mesylate</i>	41	
BERINERT	64	
<i>besifloxacin hcl</i>	71	
BESREMI	25	
<i>betaine powder for oral</i>		
<i>solution</i>	58	
<i>betamethasone</i>		
<i>dipropionate (topical)</i> ...	77	
<i>betamethasone</i>		
<i>dipropionate augmented</i>		
.....	77	
<i>betamethasone valerate</i> .	77	
BETAPACE		
see <i>sotalol hcl</i>	34	
BETAPACE AF		
see <i>sotalol hcl (afib/af)</i>	34	
BETASERON	50	
<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	71	
<i>bethanechol chloride</i>	63	
BEVESPI AER 9-4.8MCG		
.....	72	
<i>bexarotene</i>	25	
<i>bexarotene (topical)</i>	78	
BEXSERO	68	
BIAXIN XL		
see <i>clarithromycin</i>	22	
<i>bicalutamide</i>	24	
BICILLIN L-A	23	
BIKTARVY TAB 30-120-15		
MG	20	
BIKTARVY TAB 50-200-25		
MG	20	
BILDYOS	54	
BIMZELX	65	
<i>bismuth subcit-</i>		
<i>metronidazole-</i>		
<i>tetracycline cap 140-125-</i>		
<i>125 mg</i>	62	
<i>bisoprolol &</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
10-6.25 mg	35	
<i>bisoprolol &</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
2.5-6.25 mg	35	
<i>bisoprolol &</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
5-6.25 mg	35	
<i>bisoprolol fumarate</i>	35	
BIVIGAM	67	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	55	
<i>blisovi fe 1/20</i>	55	
BLUJEP	17	
BOOSTRIX INJ	68	
<i>bortezomib</i>	26	
BORTEZOMIB	26	
<i>bosentan</i>	38	
BOSULIF	26	
see <i>bosutinib</i>	26	
<i>bosutinib</i>	26	
BRAFTOVI	26	
BREO ELLIPTA INH 100-		
25	75	
BREO ELLIPTA INH 200-		
25	75	
BREO ELLIPTA INH 50-		
25MCG	75	
<i>breyna</i>	75	
BREZTRI AERO AER		
18MCG	72	
BREZTRI AERO AER		
9MCG	72	
BREZTRI AERO AER		
SPHERE		
(INSTITUTIONAL PACK)		
.....	72	
<i>briellyn</i>	55	
BRILINTA		
see <i>ticagrelor</i>	64	
<i>brimonidine tartrate</i>	71	
<i>brimonidine tartrate-timolol</i>		
<i>maleate ophth soln 0.2-</i>		
<i>0.5%</i>	71	
<i>brinzolamide</i>	71	
<i>brivaracetam</i>	44	

BRIVIACT		CABOMETYX	26	carbidopa & levodopa tab	
see <i>brivaracetam</i>	44	<i>calcipotriene</i>	76	25-250 mg	41
<i>bromocriptine mesylate</i> ...	41	<i>calcitonin (salmon) spray</i>	54	<i>carbidopa & levodopa tab</i>	
BRUKINSA	26	<i>calcitrene</i>	76	er 25-100 mg.....	41
<i>budesonide</i>	61	<i>calcitriol</i>	60	<i>carbidopa & levodopa tab</i>	
<i>budesonide (inhalation)</i> ..	75	<i>calcitriol (oral)</i>	60	er 50-200 mg.....	41
<i>budesonide-formoterol</i>		<i>calcium acetate (phosphate</i>		<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>fumarate dihyd aerosol</i>		<i>binder)</i>	59	<i>entacapone tabs</i> 12.5-	
160-4.5 mcg/act	75	CALQUENCE	26	50-200 mg	41
<i>budesonide-formoterol</i>		<i>camila</i>	55	<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>fumarate dihyd aerosol</i>		CAMPTOSAR		<i>entacapone tabs</i> 18.75-	
80-4.5 mcg/act	75	see <i>irinotecan hcl</i>	25	75-200 mg	41
<i>bumetanide</i>	36	CANASA		<i>carbidopa-levodopa-</i>	
BUMEX		see <i>mesalamine</i>	61	<i>entacapone tabs</i> 25-100-	
see <i>bumetanide</i>	36	<i>candesartan cilexetil</i>	33	200 mg	41
BUPHENYL		CAPLYTA	42	<i>carbidopa-levodopa-</i>	
see <i>sodium</i>		CAPRELSA	26	<i>entacapone tabs</i> 31.25-	
<i>phenylbutyrate</i>	59	<i>captopril</i>	32	125-200 mg	41
<i>buprenorphine hcl</i>	51	<i>captopril &</i>		<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>buprenorphine hcl-</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>entacapone tabs</i> 37.5-	
<i>naloxone hcl sl film</i> 12-3		25-15 mg	31	150-200 mg	41
mg (base equiv)	51	<i>captopril &</i>		<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>buprenorphine hcl-</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>entacapone tabs</i> 50-200-	
<i>naloxone hcl sl film</i> 2-0.5		25-25 mg	31	200 mg	41
mg (base equiv)	51	<i>captopril &</i>		<i>carboplatin</i>	23
<i>buprenorphine hcl-</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		CARDIZEM	
<i>naloxone hcl sl film</i> 4-1		50-15 mg	31	see <i>diltiazem hcl</i>	36
mg (base equiv)	51	<i>captopril &</i>		CARDIZEM CD	
<i>buprenorphine hcl-</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		see <i>cartia xt</i>	36
<i>naloxone hcl sl film</i> 8-2		50-25 mg	31	see <i>diltiazem hcl coated</i>	
mg (base equiv)	51	CARAFATE		<i>beads</i>	36
<i>buprenorphine hcl-</i>		see <i>sucralfate</i>	62	CARDURA	
<i>naloxone hcl sl tab</i> 2-0.5		<i>carb/levo orally</i>		see <i>doxazosin mesylate</i>	
mg (base equiv)	51	<i>disintegrating tab</i> 10-		.....	32
<i>buprenorphine hcl-</i>		100mg	41	<i>carglumic acid</i>	58
<i>naloxone hcl sl tab</i> 8-2		<i>carb/levo orally</i>		CARNITOR	
mg (base equiv)	51	<i>disintegrating tab</i> 25-		see <i>levocarnitine</i>	
<i>bupropion hcl</i>	39	100mg	41	(<i>metabolic modifiers</i>)	
<i>bupropion hcl (smoking</i>		<i>carb/levo orally</i>		.....	58
<i>deterrent)</i>	51	<i>disintegrating tab</i> 25-		<i>carteolol hcl (ophth)</i>	71
<i>buspirone hcl</i>	38	250mg	41	<i>cartia xt</i>	36
<i>butorphanol tartrate</i>	16	CARBAGLU		<i>carvedilol</i>	35
BYSANTI	42	see <i>carglumic acid</i>	58	CASODEX	
BYSANTI TAB PACK A ..	42	<i>carbamazepine</i>	44	see <i>bicalutamide</i>	24
BYSANTI TAB PACK B ..	42	CARBATROL		<i>caspofungin acetate</i>	18
BYSANTI TAB PACK C ..	42	see <i>carbamazepine</i>	44	CASPOFUNGIN ACETATE	
BYSTOLIC		<i>carbidopa & levodopa tab</i>		see <i>caspofungin acetate</i>	
see <i>nebivolol hcl</i>	36	10-100 mg	41	.....	18
C		<i>carbidopa & levodopa tab</i>		CATAPRES-TTS-1	
<i>cabergoline</i>	58	25-100 mg	41	see <i>clonidine</i>	37

CATAPRES-TTS-2	CEQUR SIMPL KIT 1U	see <i>clindamycin</i>
see <i>clonidine</i> .....37	EXTND .....53	<i>phosphate vaginal</i> ...63
CATAPRES-TTS-3	CEQUR SIMPL KIT 2U	CLEOCIN PEDIATRIC
see <i>clonidine</i> .....37	EXTND .....53	GRANULE
CAYSTON .....17	CEQUR SIMPL KIT PATCH	see <i>clindamycin</i>
<i>cefaclor</i> .....21	2U (4-DAY).....53	<i>palmitate hydrochloride</i>
<i>cefadroxil</i> .....21	CEQUR SIMPL MIS	17
CEFAZOLIN .....21	INSERTER .....53	CLEOCIN PHOSPHATE
CEFAZOLIN INJ	CERDELGA .....58	see <i>clindamycin</i>
1GM/50ML .....21	CEREZYME .....58	<i>phosphate</i> .....17
<i>cefazolin sodium</i> .....21	<i>cetirizine hcl</i> .....72	CLEOCIN-T
CEFAZOLIN SOLN	CHANTIX	see <i>clindamycin</i>
2GM/100ML-4% .....21	see <i>varenicline tartrate</i> 51	<i>phosphate (topical)</i> ..75
CEFAZOLIN/DEX SOL	<i>chateal eq</i> .....55	CLIMARA
1GM/50ML-4% .....21	CHEMET .....54	see <i>estradiol</i> .....57
CEFAZOLIN/DEX SOL	<i>chlorhexidine gluconate</i>	CLINDAGEL
2GM/50ML-3% .....21	(mouth-throat) .....79	see <i>clindamycin</i>
CEFAZOLIN/DEX SOL	<i>chloroquine phosphate</i> ...19	<i>phosphate (topical)</i> ..75
3GM/150ML-4% .....21	<i>chlorpromazine hcl</i> .....42	<i>clindamycin hcl</i> .....17
CEFAZOLIN/DEX SOL	<i>chlorthalidone</i> .....36	<i>clindamycin palmitate</i>
3GM/50ML-2% .....21	<i>cholestyramine</i> .....35	<i>hydrochloride</i> .....17
<i>cefdinir</i> .....21	<i>cholestyramine light</i> .....35	<i>clindamycin phosphate</i> ...17
<i>cefepime hcl</i> .....21	CIALIS	<i>clindamycin phosphate</i>
<i>cefixime</i> .....21	see <i>tadalafil</i> .....62	(topical) .....75
CEFOTAN	<i>ciclopirox</i> .....76	<i>clindamycin phosphate in</i>
see <i>cefotetan disodium</i>	<i>ciclopirox olamine</i> .....76	<i>d5w iv soln 300 mg/50ml</i>
.....21	<i>cilostazol</i> .....64	17
<i>cefotetan disodium</i> .....21	CILOXAN .....71	<i>clindamycin phosphate in</i>
<i>cefoxitin sodium</i> .....21	CIMDUO TAB 300-300 ...20	<i>d5w iv soln 600 mg/50ml</i>
<i>cefpodoxime proxetil</i> .....21	<i>cinacalcet hcl</i> .....58	17
<i>cefprozil</i> .....21	CIPRO	<i>clindamycin phosphate in</i>
<i>ceftaroline fosamil</i> .....21	see <i>ciprofloxacin hcl</i> ...22	<i>d5w iv soln 900 mg/50ml</i>
<i>ceftazidime</i> .....21	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml</i>	17
<i>ceftriaxone sodium</i> .....21	<i>in d5w</i> .....22	<i>clindamycin phosphate</i>
<i>cefuroxime axetil</i> .....21	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml</i>	<i>vaginal</i> .....63
<i>cefuroxime sodium</i> .....21	<i>in d5w</i> .....22	<i>clindamycin phosph-</i>
CELEBREX	<i>ciprofloxacin hcl</i> .....22	<i>benzoyl peroxide (refrig)</i>
see <i>celecoxib</i> .....15	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ..71	<i>gel 1.2 (1)-5%</i> .....75
<i>celecoxib</i> .....15	<i>ciprofloxacin-</i>	CLINDMYC/NAC INJ
CELEXA	<i>dexamethasone otic susp</i>	300/50ML .....17
see <i>citalopram</i>	0.3-0.1% .....72	CLINDMYC/NAC INJ
<i>hydrobromide</i> .....39	<i>cisplatin</i> .....23	600/50ML .....17
CELLCEPT	CISPLATIN	CLINDMYC/NAC INJ
see <i>mycophenolate</i>	see <i>cisplatin</i> .....23	900/50ML .....17
<i>mofetil</i> .....68	<i>citalopram hydrobromide</i> 39	CLINIMIX INJ 4.25/D10 ..70
CELONTIN	<i>claravis</i> .....75	CLINIMIX INJ 4.25/D5W.70
see <i>methsuximide</i> .....46	<i>clarithromycin</i> .....22	CLINIMIX INJ 5%/D15W.70
<i>cephalexin</i> .....22	CLEOCIN	CLINIMIX INJ 5%/D20W.70
CEQUR EXT WR MIS	see <i>clindamycin hcl</i> ....17	CLINIMIX INJ 6/5 .....70
INSERTER .....53		CLINIMIX INJ 8/10 .....70

CLINIMIX INJ 8/14.....70	COMETRIQ (60MG DOSE) .....26	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR.....24
<i>clinisol sf 15%</i>.....70	COMETRIQ KIT 100MG .26	<i>cycloserine</i>.....20
CLINOLIPID EMU 20%...70	COMETRIQ KIT 140MG .26	<i>cyclosporine</i>.....67
<i>clobazam</i>.....44	COMPLERA see <i>emtricitabine-</i> <i>rilpivirine-tenofovir df</i> <i>tab 200-25-300 mg</i> ..20	<i>cyclosporine modified (for</i> <i>microemulsion)</i>.....67
<i>clobetasol propionate</i>.....77	<i>compro</i>.....60	CYKLOKAPRON see <i>tranexamic acid</i> ....64
<i>clobetasol propionate e</i> ...77	<i>constulose</i> .....61	<i>cyproheptadine hcl</i>.....73
<i>clodan</i>.....77	COPAXONE .....50	<i>cyred eq</i>.....55
<i>clomipramine hcl</i>.....39	see <i>glatiramer acetate</i> .50	CYSTADANE see <i>betaine powder for</i> <i>oral solution</i> .....58
<i>clonazepam</i> .....44	see <i>glatopa</i>.....50	CYSTADROPS .....72
<i>clonidine</i> .....37	COPIKTRA .....26	CYSTAGON.....58
<i>clonidine hcl</i>.....37	COREG see <i>carvedilol</i> .....35	CYSTARAN .....72
<i>clopidogrel bisulfate</i> .....64	CORLANOR see <i>ivabradine hcl</i> .....37	<i>cytarabine</i> .....24
<i>clorazepate dipotassium</i> .44	CORTEF see <i>hydrocortisone</i>.....57	CYTOMEL see <i>liomny</i>.....60
<i>clotrimazole</i> .....79	CORTENEMA see <i>hydrocortisone</i> <i>(intrarectal)</i> .....61	see <i>liothyronine sodium</i>.....60
<i>clotrimazole (topical)</i>.....76	COSOPT see <i>dorzolamide hcl-</i> <i>timolol maleate ophth</i> <i>soln 2-0.5%</i>.....71	CYTOTEC see <i>misoprostol</i>.....62
<i>clotrimazole w/</i> <i>betamethasone cream 1-</i> <i>0.05%</i>.....76	COTELIC .....26	D
<i>clozapine</i> .....42	COZAAR see <i>losartan potassium</i>.....34	D10W/NACL INJ 0.2%....69
CLOZARIL see <i>clozapine</i> .....42	CREON CAP 12000UNT 62	D10W/NACL INJ 0.45%..69
COARTEM TAB 20-120MG.....19	CREON CAP 24000UNT 62	D2.5W/NACL INJ 0.45%.69
COBENFY CAP 100-20MG.....42	CREON CAP 3000UNIT .62	D5W/NACL INJ 0.2%.....69
COBENFY CAP 125-30MG.....42	CREON CAP 36000UNT 62	D5W/NACL INJ 0.45%....69
COBENFY CAP 50-20MG.....42	CREON CAP 6000UNIT .62	<i>dabigatran etexilate</i> <i>mesylate</i>.....63
COBENFY STRT CAP PACK .....42	CRESEMBA.....18	<i>dalfampridine</i> .....50
<i>colchicine</i>.....15	CRESTOR see <i>rosuvastatin calcium</i>.....34	DALIRESP see <i>roflumilast</i>.....74
<i>colchicine w/ probenecid</i> <i>tab 0.5-500 mg</i>.....15	<i>cromolyn sodium</i>.....73	<i>danazol</i>.....51
<i>colesevelam hcl</i>.....35	<i>cromolyn sodium</i> <i>(mastocytosis)</i>.....62	DANTRIUM see <i>dantrolene sodium</i> 50
COLESTID see <i>colestipol hcl</i>.....35	<i>cromolyn sodium (ophth)</i> 71	<i>dantrolene sodium</i> .....50
<i>colestipol hcl</i>.....35	<i>cryselle</i> .....55	DANZITEN.....26
<i>colistimethate sodium</i> .....17	<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....50	<i>dapagliflozin</i>.....51
COLY-MYCIN M see <i>colistimethate</i> <i>sodium</i>.....17	<i>cyclophosphamide</i> .....23	<i>dapagliflozin free base-</i> <i>metformin hcl tab er 24hr</i> <i>10-1000 mg</i>.....52
COMBIGAN see <i>brimonidine tartrate-</i> <i>timolol maleate ophth</i> <i>soln 0.2-0.5%</i>.....71	CYCLOPHOSPHAMIDE 23, 24 see <i>cyclophosphamide</i> 23	<i>dapagliflozin free base-</i> <i>metformin hcl tab er 24hr</i> <i>10-500 mg</i>.....52
COMBIGAN SOL 0.2/0.5% .....71		<i>dapagliflozin free base-</i> <i>metformin hcl tab er 24hr</i> <i>5-1000 mg</i>.....52
COMBIVENT AER 20-100.....72		

<i>dapagliflozin free base-</i> <i>metformin hcl tab er 24hr</i> <i>5-500 mg</i>.....52	<i>see fluocinolone</i> <i>acetonide</i>.....77	<i>see dextrose 5% w/</i> <i>sodium chloride 0.3%</i> .....69
<i>dapsone</i>.....17	DERMOTIC <i>see fluocinolone</i> <i>acetonide (otic)</i>.....72	<i>see dextrose 5% w/</i> <i>sodium chloride 0.45%</i> .....69
DAPTACEL INJ .....68	DESCOVY TAB 120-15MG.....20	<i>see dextrose 5% w/</i> <i>sodium chloride 0.9%</i> .....69
<i>daptomycin</i> .....17	DESCOVY TAB 200/25MG.....20	DEXTROSE 50% <i>see dextrose</i>.....70
DAPTOMYCIN.....17	<i>desipramine hcl</i>.....39	DEXTROSE 70%.....70
<i>see daptomycin</i>.....17	<i>desmopressin acetate</i>.....58	DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE <i>see dextrose 5% w/</i> <i>sodium chloride</i> <i>0.225%</i> .....69
DARAPRIM <i>see pyrimethamine</i>.....18	<i>desmopressin acetate</i> <i>spray</i> .....58	DIACOMIT .....44, 45
<i>darunavir</i>.....19	<i>desmopressin acetate</i> <i>spray refrigerated</i>.....58	<i>diazepam</i> .....45
<i>dasatinib</i> .....26, 27	<i>desogest-eth estrad & eth</i> <i>estrad tab 0.15-0.02/0.01</i> <i>mg(21/5)</i>.....55	<i>diazepam (anticonvulsant)</i> .....45
<i>dasetta 1/35</i>.....55	<i>desvenlafaxine succinate</i> 39	<i>diazepam inj</i>.....45
<i>dasetta 7/7/7</i>.....55	<i>dexamethasone</i> .....57	<i>diazepam intensol</i>.....45
DAURISMO .....27	DEXAMETHASONE INTENSOL .....57	<i>diazoxide</i> .....58
DAYVIGO .....49	<i>dexamethasone sodium</i> <i>phosphate</i> .....57	<i>diclofenac potassium</i> .....15
DDAVP <i>see desmopressin</i> <i>acetate</i>.....58	<i>dexamethasone sodium</i> <i>phosphate (ophth)</i>.....71	<i>diclofenac sodium</i> .....15
<i>deblitane</i> .....55	<i>dexmethylphenidate hcl</i> ..48	<i>diclofenac sodium (ophth)</i> .....71
<i>deferasirox</i>.....54, 55	<i>dextrose</i>.....70	<i>diclofenac sodium (topical)</i> .....78
DELESTROGEN <i>see estradiol valerate</i> ..57	DEXTROSE 10%.....70	<i>dicloxacillin sodium</i> .....23
DELSTRIGO TAB.....20	<i>see dextrose</i>.....70	<i>dicyclomine hcl</i> .....61
DEPAKOTE <i>see divalproex sodium</i> 45	<i>dextrose 2.5% w/ sodium</i> <i>chloride 0.45%</i> .....69	DIFICID.....22
DEPAKOTE ER <i>see divalproex sodium</i> 45	DEXTROSE 2.5%/SODIUM CHLO <i>see dextrose 2.5% w/</i> <i>sodium chloride 0.45%</i> .....69	<i>see fidaxomicin</i> .....22
DEPAKOTE SPRINKLES <i>see divalproex sodium</i> 45	<i>dextrose 5% in lactated</i> <i>ringers</i> .....69	DIFLUCAN <i>see fluconazole</i> .....18
DEPEN TITRATABS <i>see penicillamine</i>.....55	<i>dextrose 5% w/ sodium</i> <i>chloride 0.225%</i> .....69	<i>diflunisal</i>.....15
DEPO-MEDROL <i>see methylprednisolone</i> <i>acetate</i>.....57	<i>dextrose 5% w/ sodium</i> <i>chloride 0.3%</i> .....69	<i>digoxin</i> .....37
DEPO-PROVERA CONTRACEPTIV <i>see</i> <i>medroxyprogesterone</i> <i>acetate (contraceptive)</i> .....56	<i>dextrose 5% w/ sodium</i> <i>chloride 0.45%</i> .....69	<i>dihydroergotamine</i> <i>mesylate</i>.....49
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....55	<i>dextrose 5% w/ sodium</i> <i>chloride 0.9%</i> .....69	DILANTIN .....45
<i>depo-testosterone</i>.....51	DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORI	<i>see phenytoin sodium</i> <i>extended</i>.....46
DERMA-SMOOTH/FS BODY <i>see fluocinolone</i> <i>acetonide</i>.....77		DILANTIN INFATABS <i>see phenytoin</i>.....46
DERMA-SMOOTH/FS SCALP		DILANTIN-125 <i>see phenytoin</i>.....46
		DILAUDID <i>see hydromorphone hcl</i>.....16

<i>diltiazem hcl</i>.....36	<i>doxazosin mesylate</i> .....32	EFFIENT
<i>diltiazem hcl coated beads</i>.....36	<i>doxepin hcl</i> .....39	see <i>prasugrel hcl</i>.....64
<i>diltiazem hcl extended</i> <i>release beads</i>.....36	<i>doxepin hcl (sleep)</i>.....49	ELIGARD .....24
<i>dilt-xr</i>.....36	DOXIL	<i>elinest</i> .....55
DIOVAN	see <i>doxorubicin hcl</i> <i>liposomal</i> .....25	ELIQUIS .....63
see <i>valsartan</i>.....34	<i>doxorubicin hcl</i>.....25	ELIQUIS (1.5MG PACK) 3 X.....63
DIOVAN HCT	<i>doxorubicin hcl liposomal</i> 25	ELIQUIS (2MG PACK) 4 X .....63
see <i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 160-12.5 mg .....33	DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE see <i>doxorubicin hcl</i> ....25	ELIQUIS STARTER PACK .....63
see <i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 160-25 mg .....33	<i>doxy 100</i> .....23	<i>eluryng</i>.....55
see <i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 320-12.5 mg .....33	<i>doxycycline (monohydrate)</i> .....23	EMEND BIPACK
see <i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 320-25 mg .....33	<i>doxycycline hyclate</i>.....23	see <i>aprepitant</i> .....60
see <i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 80-12.5 mg .....33	DRIZALMA SPRINKLE...39	EMGALITY.....49
<i>diphenhydramine hcl</i>.....73	<i>dronabinol</i>.....60	EMSAM .....40
<i>diphenoxylate w/ atropine</i> <i>tab 2.5-0.025 mg</i> .....62	<i>drospirenone-ethinyl</i> <i>estradiol tab 3-0.02 mg</i> 55	<i>emtricitabine</i> .....19
DIPROLENE	<i>drospirenone-ethinyl</i> <i>estradiol tab 3-0.03 mg</i> 55	<i>emtricitabine-rilpivirine-</i> <i>tenofovir df tab 200-25-</i> 300 mg .....20
see <i>betamethasone</i> <i>dipropionate</i> <i>augmented</i>.....77	DROXIA.....64	<i>emtricitabine-tenofovir</i> <i>disoproxil fumarate tab</i> 100-150 mg .....20
<i>dipyridamole</i> .....64	<i>droxidopa</i>.....37	<i>emtricitabine-tenofovir</i> <i>disoproxil fumarate tab</i> 133-200 mg .....20
<i>disopyramide phosphate</i> .34	<i>duloxetine hcl</i>.....39	<i>emtricitabine-tenofovir</i> <i>disoproxil fumarate tab</i> 167-250 mg .....20
<i>disulfiram</i> .....51	DUPIXENT .....65	<i>emtricitabine-tenofovir</i> <i>disoproxil fumarate tab</i> 200-300 mg .....20
<i>divalproex sodium</i>.....45	<i>dutasteride</i>.....62	EMTRIVA.....19
<i>docetaxel</i> .....25, 26	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> <i>cap 0.5-0.4 mg</i> .....62	see <i>emtricitabine</i> .....19
DOCETAXEL.....25	E	EMVERM .....17
see <i>docetaxel</i>.....26	e.e.s. 400.....22	<i>emzahn</i> .....55
DOCIVYX .....26	E.E.S. GRANULES	<i>enalapril maleate</i> .....32
<i>dofetilide</i> .....34	see <i>erythromycin</i> <i>ethylsuccinate</i>.....22	<i>enalapril maleate &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 10-25 mg .....31
<i>donepezil hydrochloride</i> ..38	EBGLYSS .....65	<i>enalapril maleate &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 5-12.5 mg .....31
DOPTelet.....64	<i>econazole nitrate</i> .....76	ENBREL .....65
DOPTelet SPRINKLE ..64	EDURANT .....19	ENBREL MINI.....65
<i>dorzolamide hcl</i>.....71	see <i>rilpivirine hcl</i>.....19	ENBREL SURECLICK...65
<i>dorzolamide hcl-timolol</i> <i>maleate ophth soln 2-</i> 0.5%.....71	EDURANT PED .....19	ENDARI
<i>dotti</i>.....57	<i>efavirenz</i> .....19	see <i>L-glutamine (sickle</i> <i>cell)</i> .....64
DOVATO TAB 50-300MG .....20	<i>efavirenz-emtricitabine-</i> <i>tenofovir df tab 600-200-</i> 300 mg .....20	<i>endocet tab 10-325mg</i>....16
	<i>efavirenz-lamivudine-</i> <i>tenofovir df tab 400-300-</i> 300 mg .....20	
	<i>efavirenz-lamivudine-</i> <i>tenofovir df tab 600-300-</i> 300 mg .....20	
	EFFEXOR XR	
	see <i>venlafaxine hcl</i>.....40	

<i>endocet tab 2.5-325mg</i> ...	16	ERYTHROCIN		<i>see amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	32
<i>endocet tab 7.5-325mg</i> ...	16	LACTOBIONATE	22	<i>see amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	32
ENGERIX-B	68	<i>erythromycin (acne aid)</i> ..	76	<i>see amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	32
<i>enilloring</i>	55	<i>erythromycin (ophth)</i>	71	<i>see amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	32
<i>enoxaparin sodium</i>	63	<i>erythromycin base</i>	22	EXJADE	
ENSACOVE.....	27	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	22	<i>see deferasirox</i>	54, 55
<i>enskyce</i>	55	<i>erythromycin lactobionate</i>	22	EXXUA	40
ENSTILAR AER.....	76	ERZOFRI.....	42	EXXUA TITRATION PACK	40
<i>entacapone</i>	41	ESBRIET		EYSUVIS	72
<i>entecavir</i>	20	<i>see pirfenidone</i>	74	<i>ezetimibe</i>	35
ENTRESTO		<i>escitalopram oxalate</i>	40	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	35
<i>see sacubitril-valsartan tab 24-26 mg</i>	33	<i>eslicarbazepine acetate</i> ..	45	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	35
<i>see sacubitril-valsartan tab 49-51 mg</i>	33	<i>esomeprazole magnesium</i>	62	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	35
<i>see sacubitril-valsartan tab 97-103 mg</i>	33	<i>estaryl</i>	55	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	35
ENTRESTO CAP 15-16MG	32	ESTRACE		F	
ENTRESTO CAP 6-6MG	32	<i>see estradiol vaginal</i> ...	57	FABRAZYME	58
ENTYVIO PEN.....	65	<i>estradiol</i>	57	<i>falmina</i>	55
<i>enulose</i>	61	<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i> ..	57	<i>famciclovir</i>	20
ENVARUS XR.....	67	<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i> ..	57	<i>famotidine</i>	61
EPIDIOLEX.....	45	<i>estradiol vaginal</i>	57	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	61
<i>epinephrine</i>	37	<i>estradiol valerate</i>	57	FANAPT	42
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	73	<i>ethambutol hcl</i>	20	FANAPT PAK PACK A ...	42
EPIPEN 2-PAK		<i>ethosuximide</i>	45	FANAPT PAK PACK B ...	42
<i>see epinephrine (anaphylaxis)</i>	73	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	55	FANAPT PAK PACK C ...	42
EPIPEN-JR 2-PAK		<i>etodolac</i>	15	FARESTON	
<i>see epinephrine (anaphylaxis)</i>	73	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	55	<i>see toremifene citrate</i> ..	25
EPIVIR		<i>etoposide</i>	26	FARXIGA.....	52
<i>see lamivudine</i>	19	<i>etravirine</i>	19	<i>see dapagliflozin</i>	51
<i>eplerenone</i>	32	EUCRISA.....	78	FASENRA.....	73
EPRONTIA		EULEXIN	24	FASENRA PEN	73
<i>see topiramate</i>	47	<i>everolimus</i>	27	FASLODEX	
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	49	<i>everolimus (immunosuppressant)</i> ..	67	<i>see fulvestrant</i>	24
ERIVEDGE	27	EVISTA		<i>feirza 1.5/30</i>	55
ERLEADA.....	24	<i>see raloxifene hcl</i>	59	<i>feirza 1/20</i>	55
<i>erlotinib hcl</i>	27	EVOTAZ TAB 300-150 ...	20	<i>felbamate</i>	45
<i>errin</i>	55	EXELON		FELBATOL	
<i>ertapenem sodium</i>	17	<i>see rivastigmine</i>	39		
<i>ery</i>	75	<i>exemestane</i>	24		
ERYPED 400		EXFORGE			
<i>see erythromycin ethylsuccinate</i>	22				

see felbamate.....	45	fluticasone furoate- vilanterol aero powd ba 200-25 mcg/act	75	galantamine hydrobromide	38
felodipine	36	fluticasone propionate.....	77	gallifrey	59
FEMARA see letrozole.....	24	fluticasone propionate (nasal)	74	GAMASTAN INJ	67
fenofibrate.....	34	fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act	75	GAMMAGARD LIQUID ...	67
fenofibrate micronized	34	fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act	75	GAMMAGARD LIQUID ERC	67
fentanyl.....	15	fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act	75	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	67
FETZIMA	40	FML LIQUIFILM see fluorometholone (ophth)	71	GAMMAKED.....	67
FETZIMA CAP TITRATIO	40	FOCALIN see dexmethylphenidate hcl.....	48	GAMMAPLEX.....	67
FIASP	53	fondaparinux sodium 63, 64		GAMUNEX-C.....	67
FIASP FLEXTOUCH.....	53	FOSAMAX see alendronate sodium	54	ganciclovir sodium	20
FIASP PENFILL.....	53	fosamprenavir calcium....	19	GARDASIL 9.....	68
FIASP PUMPCART	53	fosfomycin tromethamine	17	GASTROCROM see cromolyn sodium (mastocytosis)	62
fidaxomicin.....	22	fosinopril sodium.....	32	gatifloxacin (ophth)	71
FILSPARI.....	63	fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	31	GATTEX	62
finasteride	62	fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	31	GAUZE PADS 2.....	53
ingolimod hcl.....	50	FOTIVDA.....	27	gavilyte-c.....	61
FINTEPLA	45	FRINDOVYX.....	24	gavilyte-g	61
FIRAZYR see icanitab acetate ...	64	FRUZAQLA.....	27	gavilyte-n/flavor pack	61
see sajazir.....	64	FULPHILA	64	GAVRETO	27
FIRMAGON	24	fulvestrant	24	gefitinib	27
FLEBOGAMMA DIF.....	67	furosemide.....	36	gemcitabine hcl.....	24
flecainide acetate.....	34	furosemide inj	36	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE see gemcitabine hcl	24
fluconazole	18	fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg	57	gemfibrozil	34
fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml	18	fyavolv tab 1mg-5mcg.....	57	GEMTESA	63
fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml	18	FYCOMPA see perampanel	46	generlac.....	61
flucytosine.....	18	G		gengraf	67
fludrocortisone acetate ...	57	gabapentin	45	GENOTROPIN.....	58
flunisolide (nasal).....	74			GENOTROPIN MINIQUEL	58
fluocinolone acetonide	77			gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml	17
fluocinolone acetonide (otic)	72			gentamicin in saline inj 1 mg/ml	17
fluocinonide	77			gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml	17
fluocinonide emulsified base	77			gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml	17
fluorometholone (ophth)...	71			gentamicin in saline inj 2 mg/ml	17
fluorouracil	24			gentamicin sulfate.....	17
fluorouracil (topical)	78			gentamicin sulfate (ophth)	71
fluoxetine hcl.....	40				
fluphenazine decanoate..	42				
fluphenazine hcl.....	42				
flurbiprofen.....	15				
flurbiprofen sodium	71				
fluticasone furoate- vilanterol aero powd ba 100-25 mcg/act	75				

gentamicin sulfate (topical)
76
 GENVOYA TAB20
 GEODON
 see *ziprasidone hcl*44
 see *ziprasidone mesylate*
 44
 GILENYA
 see *fingolimod hcl*50
 GILOTTRIF27
glatiramer acetate50
glatopa50
 GLEEVEC
 see *imatinib mesylate* ..27
 GLEOSTINE
 see *lomustine*24
glimepiride52
glipizide52
glipizide-metformin hcl tab
 2.5-250 mg52
glipizide-metformin hcl tab
 2.5-500 mg52
glipizide-metformin hcl tab
 5-500 mg52
 GLUCOTROL XL
 see *glipizide*52
glycopyrrolate61
glydo78
 GLYXAMBI TAB 10-5 MG
 52
 GLYXAMBI TAB 25-5 MG
 52
 GOLYTELY
 see *gavilyte-g*61
 see *peg 3350-kcl-na*
 bicarb-nacl-na sulfate
 for soln 236 gm61
 GOMEKLI27
granisetron hcl60
griseofulvin microsize18
griseofulvin ultramicrosize
 18
guanfacine hcl37
guanfacine hcl (adhd)48
 GVOKE HYPOPEN 1-
 PACK58
 GVOKE HYPOPEN 2-
 PACK58
 GVOKE KIT58
 GVOKE PFS58

H
 HADLIMA65
 HADLIMA PUSH TOUCH 65
 HAEGARDA64
hailey 1.5/3055
hailey fe 1/2055
halobetasol propionate ...77
haloperidol42
haloperidol decanoate42
haloperidol lactate42
 HAVRIX68
heather55
 HEP SOD/NACL INJ
 25000UNT64
heparin sodium (porcine) 64
 HEPLISAV-B68
 HERCEP HYLEC SOL 60-
 1000027
 HERCEPTIN27
 HERCESSI27
 HERNEXEOS27
 HERZUMA27
 HETLIOZ
 see *tasimelteon*49
 HIBERIX68
 HUMIRA65
 HUMIRA PEN65
 HUMIRA PEN KIT PS/UV
 65
 HUMIRA PEN-CD/UC/HS
 START65
 HUMULIN R U-500
 KWIKPEN53
hydralazine hcl37
 HYDREA
 see *hydroxyurea*25
hydrochlorothiazide37
hydrocodone bitartrate15
hydrocodone-
 acetaminophen soln 7.5-
 325 mg/15ml16
hydrocodone-
 acetaminophen tab 10-
 325 mg16
hydrocodone-
 acetaminophen tab 5-325
 mg16
hydrocodone-
 acetaminophen tab 7.5-
 325 mg16

hydrocodone-ibuprofen tab
 7.5-200 mg16
hydrocortisone57
hydrocortisone (intrarectal)
 61
hydrocortisone (rectal)78
hydrocortisone (topical) ..77
hydrocortisone sod
 succinate57
hydrocortisone valerate ..78
hydrocortisone w/ acetic
 acid otic soln 1-2%72
hydromorphone hcl16
hydroxychloroquine sulfate
 67
hydroxyurea25
hydroxyzine hcl73
hydroxyzine pamoate73
 HYRNUO27
 HYZAAR
 see *losartan potassium &*
 hydrochlorothiazide tab
 100-12.5 mg33
 see *losartan potassium &*
 hydrochlorothiazide tab
 100-25 mg33
 see *losartan potassium &*
 hydrochlorothiazide tab
 50-12.5 mg33
I
ibandronate sodium54
 IBRANCE27
 IBTROZI27
ibu15
ibuprofen15
icatibant acetate64
iclevia55
 ICLUSIG27
 IDHIFA27
 IDVYN SO TAB 100-0.25 20
imatinib mesylate27
 IMBRUVICA27
imipenem-cilastatin
 intravenous for soln 250
 mg17
imipenem-cilastatin
 intravenous for soln 500
 mg17
imipramine hcl40
imiquimod78

IMITREX see <i>sumatriptan</i> <i>succinate</i> .....49	<i>ipratropium-albuterol nebu</i> <i>soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i> 72	JANUVIA see <i>sitagliptin phosphate</i> .....53
IMITREX STATDOSE SYSTEM see <i>sumatriptan</i> <i>succinate</i> .....49	<i>irbesartan</i>.....34	JARDIANCE .....52
IMKELDI .....27	<i>irbesartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 150-12.5 mg .....33	<i>jasmiel</i> .....55
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) .....68	<i>irbesartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 300-12.5 mg .....33	<i>javygtor</i> .....58
IMURAN see <i>azathioprine</i>.....67	IRESSA see <i>gefitinib</i> .....27	JAYPIRCA .....28
INBRIJA .....41	<i>irinotecan hcl</i>.....25	<i>jencycla</i>.....55
<i>incassia</i>.....55	ISENTRESS .....19	JENTADUETO TAB 2.5- 1000 .....52
INCRELEX.....58	ISENTRESS HD .....19	JENTADUETO TAB 2.5- 500 .....52
INCRUSE ELLIPTA .....72	<i>isibloom</i> .....55	JENTADUETO TAB 2.5- 850 .....52
<i>indapamide</i> .....37	ISOLYTE-P INJ /D5W.....69	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG .....52
INDERAL LA see <i>propranolol hcl</i>.....36	ISOLYTE-S INJ PH 7.4...69	JENTADUETO TAB XR 5- 1000MG .....52
INFANRIX INJ .....68	<i>isoniazid</i>.....20	<i>jinteli</i> .....57
INFLIXIMAB.....65	<i>isosorbide dinitrate</i>.....37	<i>jolessa</i> .....55
INLURIYO.....24	<i>isosorbide mononitrate</i> ...37	JOURNAVX .....15
INLYTA .....27	<i>isotretinoin</i> .....76	<i>juleber</i>.....55
INQOVI TAB 35-100MG .24	ISTURISA .....58	JULUCA TAB 50-25MG ..20
INREBIC .....27	ITOVEBI .....28	<i>junel 1.5/30</i> .....55
INSULIN PEN NEEDLES: EMBECTA-BD.....53	<i>itraconazole</i> .....18	<i>junel 1/20</i> .....55
INSULIN SAFETY NEEDLES: EMBECTA- BD .....53	<i>ivabradine hcl</i>.....37	<i>junel fe 1.5/30</i> .....55
INSULIN SYRINGES: EMBECTA-BD.....53	<i>ivermectin</i> .....17	<i>junel fe 1/20</i> .....55
INTELENCE .....19	IWILFIN .....25	JYLAMVO .....67
see <i>etravirine</i>.....19	IXIARO INJ .....68	JYNARQUE see <i>tolvaptan</i>.....59
INTRALIPID .....70	J	see <i>tolvaptan tab therapy</i> <i>pack 30 & 15 mg</i>.....59
<i>introvale</i> .....55	JADENU see <i>deferiasirox</i>.....54	see <i>tolvaptan tab therapy</i> <i>pack 45 & 15 mg</i>.....59
INTUNIV see <i>guanfacine hcl</i> (<i>adhd</i>) .....48	JAKAFI .....28	see <i>tolvaptan tab therapy</i> <i>pack 60 & 30 mg</i>.....59
INVEGA see <i>paliperidone</i>.....43	JALYN see <i>dutasteride-</i> <i>tamsulosin hcl cap 0.5-</i> 0.4 mg .....62	see <i>tolvaptan tab therapy</i> <i>pack 90 & 30 mg</i>.....59
INVEGA HAFYERA .....42	<i>jantoven</i> .....64	JYNNEOS.....68
INVEGA SUSTENNA.....42	JANUMET see <i>sitagliptin phosphate-</i> <i>metformin hcl tab 50-</i> 1000 mg.....53	K
INVEGA TRINZA .....42	see <i>sitagliptin phosphate-</i> <i>metformin hcl tab 50-</i> 500 mg .....53	KADCYLA .....28
IPOL INJ INACTIVE.....68	JANUMET XR TAB 100- 1000 .....52	KALETRA see <i>lopinavir-ritonavir tab</i> 100-25 mg .....20
<i>ipratropium bromide</i>.....72	JANUMET XR TAB 50- 1000 .....52	see <i>lopinavir-ritonavir tab</i> 200-50 mg .....20
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> .....72	JANUMET XR TAB 50- 500MG .....52	KALETRA SOL .....20
<i>ipratropium bromide hfa</i> ..72		KALYDECO .....73

KCL 0.075%/D5W/NACL 0.45% see <i>kcl 10 meq/l</i> (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj.69	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl 0.9%</i> <i>inj</i> .....69	<i>klor-con m20</i> .....70
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.45% see <i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i> in dextrose 5% & nacl 0.45% inj.....69	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl</i> <i>0.9% inj</i> .....69	KLOXXADO .....51
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.9% see <i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i> in dextrose 5% & nacl 0.9% inj.....69	KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2 .....69	KOMZIFTI .....28
KCL 0.3%/D5W/NACL 0.45% see <i>kcl 40 meq/l (0.3%)</i> in dextrose 5% & nacl 0.45% inj.....69	KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9% .....69	KORLYM see <i>mifepristone</i> (hyperglycemia) .....59
KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9% see <i>kcl 40 meq/l (0.3%)</i> in dextrose 5% & nacl 0.9% inj.....69	<i>kelnor 1/35</i>.....55	KOSELUGO.....28
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i> .....69	KEPPRA see <i>levetiracetam</i> ..45, 46	<i>kourzeq</i>.....79
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in</i> <i>nacl 0.45% inj</i>.....69	see <i>roweepra</i> .....47	KRAZATI.....28
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in</i> <i>nacl 0.9% inj</i>.....69	KEPPRA XR see <i>levetiracetam</i> .....46	<i>kurvelo</i> .....55
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i> .....69	KERENDIA .....32	KUVAN see <i>javygtor</i>.....58
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl 0.9%</i> <i>inj</i> .....69	KESIMPTA .....50	see <i>sapropterin</i> <i>dihydrochloride</i> .....59
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i> <i>0.45% inj</i> .....69	<i>ketoconazole</i>.....18	see <i>zelvysia</i>.....59
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i> .....69	<i>ketoconazole (topical)</i>.....76	L
<i>kcl 40 meq/l (0.298%) in</i> <i>nacl 0.9% inj</i>.....69	<i>ketorolac tromethamine</i> (ophth).....71	<i>labetalol hcl</i>.....35
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i> .....69	KEYTRUDA .....28	<i>lacosamide</i>.....45
	KEYTRUDA INJ QLEX 395-4800 MG- UNIT/2.4ML.....28	<i>lacosamide oral</i>.....45
	KEYTRUDA INJ QLEX 790-9600 MG- UNIT/4.8ML.....28	LACTATED RINGERS see <i>lactated ringer's</i> <i>solution</i> .....69
	KINERET .....65	<i>lactated ringer's solution</i> .69
	KINRIX INJ .....68	<i>lactic acid (ammonium</i> <i>lactate)</i> .....78
	<i>kionex</i> .....55	<i>lactulose</i> .....61
	KISQALI 200 DOSE.....28	<i>lactulose (encephalopathy)</i> .....61
	KISQALI 400 DOSE.....28	LAMICTAL see <i>lamotrigine</i> .....45
	KISQALI 600 DOSE.....28	see <i>subvenite</i> .....47
	KITABIS PAK see <i>tobramycin</i>.....18	LAMICTAL CHEWABLE DISPERS see <i>lamotrigine</i> .....45
	KLARON see <i>sulfacetamide</i> <i>sodium (acne)</i>.....76	LAMICTAL XR see <i>lamotrigine</i> .....45
	<i>klayesta</i> .....76	<i>lamivudine</i>.....19
	KLONOPIN see <i>clonazepam</i> .....44	<i>lamivudine (hbv)</i> .....20
	<i>klor-con</i> .....70	<i>lamivudine-zidovudine tab</i> 150-300 mg .....20
	<i>klor-con 10</i>.....70	<i>lamotrigine</i> .....45
	<i>klor-con 8</i>.....70	LANOXIN see <i>digoxin</i> .....37
	KLOR-CON 8 see <i>klor-con 8</i>.....70	<i>lanreotide acetate</i> .....58
	see <i>potassium chloride</i> 70	<i>lansoprazole</i> .....62
	<i>klor-con m10</i>.....70	LANTUS .....53
	<i>klor-con m15</i>.....70	LANTUS SOLOSTAR .....53
		<i>lapatinib ditosylate</i> .....28
		<i>larin 1.5/30</i>.....55
		<i>larin 1/20</i>.....55

<i>larin fe 1.5/30</i>	56	see <i>levetiracetam in</i>	LIFYORLI CAP 125MG DS	.....	24
<i>larin fe 1/20</i>	56	<i>sodium chloride iv soln</i>	LIFYORLI CAP 150MG DS	.....	24
LASIX		<i>1500 mg/100ml</i>	LILETTA	.....	56
see <i>furosemide</i>	36	see <i>levetiracetam in</i>	<i>linezolid</i>	17	
<i>latanoprost</i>	71	<i>sodium chloride iv soln</i>	LINEZOLID INJ 2MG/ML	17	
LATUDA		<i>500 mg/100ml</i>	LINZESS	.....	62
see <i>lurasidone hcl</i>	43	<i>levobunolol hcl</i>	<i>liomny</i>	60	
LAZCLUZE	.....	71	<i>liothyronine sodium</i>	60	
<i>leflunomide</i>	67	<i>levocarnitine (metabolic</i>	LIPITOR		
<i>lenalidomide</i>	25	<i>modifiers)</i>	see <i>atorvastatin calcium</i>	.....	34
LENVIMA 10 MG DAILY		<i>levocetirizine</i>	<i>lisinopril</i>	32	
DOSE.....	28	<i>dihydrochloride</i>	<i>lisinopril &</i>		
LENVIMA 12MG DAILY		<i>levofloxacin</i>	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
DOSE.....	28	<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>	<i>10-12.5 mg</i>	31	
LENVIMA 20 MG DAILY		<i>250 mg/50ml</i>	<i>lisinopril &</i>		
DOSE.....	28	<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
LENVIMA 4 MG DAILY		<i>500 mg/100ml</i>	<i>20-12.5 mg</i>	31	
DOSE.....	28	<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>	<i>lisinopril &</i>		
LENVIMA 8 MG DAILY		<i>750 mg/150ml</i>	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
DOSE.....	28	<i>levonest</i>	<i>20-25 mg</i>	31	
LENVIMA CAP 14 MG	.....	56	<i>lithium</i>	50	
LENVIMA CAP 18 MG	.....	<i>levonorgestrel & ethinyl</i>	<i>lithium carbonate</i>	50	
LENVIMA CAP 24 MG	.....	<i>estradiol (91-day) tab</i>	LITHOBID		
LEQEMBI IQLIK.....	39	<i>0.15-0.03 mg</i>	see <i>lithium carbonate</i> ..	50	
<i>lessina</i>	56	<i>levonorgestrel & ethinyl</i>	LIVTENCITY.....	21	
LETAIRIS		<i>estradiol tab 0.1 mg-20</i>	LODINE		
see <i>ambrisentan</i>	38	<i>mcg</i>	see <i>etodolac</i>	15	
<i>letrozole</i>	24	<i>levonorgestrel-eth estra tab</i>	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	56	
<i>leucovorin calcium</i>	25	<i>0.05-30/0.075-40/0.125-</i>	<i>loestrin 1/20-21</i>	56	
LEUKERAN.....	24	<i>30mg-mcg</i>	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	56	
LEUKINE.....	64	<i>levothyroxine sodium</i>	<i>loestrin fe 1/20</i>	56	
<i>leuprolide acetate</i>	24	<i>levoxyl</i>	LOKELMA.....	55	
<i>levalbuterol tartrate</i>	73	60	LOMOTIL		
<i>levetiracetam</i>	45, 46	LEXAPRO	see <i>diphenoxylate w/</i>		
<i>levetiracetam in sodium</i>		see <i>escitalopram oxalate</i>	<i>atropine tab 2.5-0.025</i>		
<i>chloride iv soln 1000</i>		.....	<i>mg</i>	62	
<i>mg/100ml</i>	46	40	<i>lomustine</i>	24	
<i>levetiracetam in sodium</i>		<i>l-glutamine (sickle cell)</i> ...64	LONSURF TAB 15-6.14	24	
<i>chloride iv soln 1500</i>		LIALDA	LONSURF TAB 20-8.19	24	
<i>mg/100ml</i>	46	see <i>mesalamine</i>	<i>loperamide hcl</i>	62	
<i>levetiracetam in sodium</i>		61	LOPID		
<i>chloride iv soln 500</i>		<i>lidocaine</i>	see <i>gemfibrozil</i>	34	
<i>mg/100ml</i>	46	78	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-</i>		
LEVETIRACETAM/SODIU		<i>lidocaine hcl</i>	<i>25 mg</i>	20	
M CHLO		<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-</i>		
see <i>levetiracetam in</i>		.....	<i>50 mg</i>	20	
<i>sodium chloride iv soln</i>		15	LOPRESSOR		
<i>1000 mg/100ml</i>	46	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>			
					
		79			
		<i>lidocaine-prilocaine cream</i>			
		<i>2.5-2.5%</i>			
		78			
		<i>lidocan</i>			
		78			
		LIDODERM			
		see <i>lidocaine</i>			
		78			
		see <i>lidocan</i>			
		78			
		see <i>tridacaine iii</i>			
		78			

see metoprolol tartrate	36	luizza 1/20	56	MALARONE	
lorazepam	38	LUMAKRAS	28	see atovaquone-	
lorazepam intensol	38	LUMIGAN	71	proguanil hcl tab 250-	
LORBRENA	28	LUMIZYME	58	100 mg	19
loryna	56	LUPRON DEPOT (1-		see atovaquone-	
losartan potassium	34	MONTH)	24	proguanil hcl tab 62.5-	
losartan potassium &		LUPRON DEPOT (3-		25 mg	19
hydrochlorothiazide tab		MONTH)	25	malathion	78
100-12.5 mg	33	LUPRON DEPOT-PED (1-		maraviroc	19
losartan potassium &		MONTH	58	MARINOL	
hydrochlorothiazide tab		LUPRON DEPOT-PED (3-		see dronabinol	60
100-25 mg	33	MONTH	58	marlissa	56
losartan potassium &		LUPRON DEPOT-PED (6-		MARPLAN	40
hydrochlorothiazide tab		MONTH	58	MATULANE	25
50-12.5 mg	33	lurasidone hcl	43	MAVYRET PAK 50-20MG	
LOTMAX	71	luter	56		21
LOTENSIN		LYBALVI TAB 10-10MG	43	MAVYRET TAB 100-40MG	
see benazepril hcl	32	LYBALVI TAB 15-10MG	43		21
LOTENSIN HCT		LYBALVI TAB 20-10MG	43	MAXALT	
see benazepril &		LYBALVI TAB 5-10MG	43	see rizatriptan benzoate	
hydrochlorothiazide tab		lyleq	56		49
10-12.5 mg	31	lyllana	57	MAXALT-MLT	
see benazepril &		LYNPARZA	28	see rizatriptan benzoate	
hydrochlorothiazide tab		LYRICA			49
20-12.5 mg	31	see pregabalin	46	MAXITROL	
see benazepril &		LYSODREN	25	see neomycin-polymyxin-	
hydrochlorothiazide tab		LYTGOBI (12 MG DAILY		dexamethasone ophth	
20-25 mg	31	DOSE)	28	oint 0.1%	70
loteprednol etabonate-		LYTGOBI (16 MG DAILY		see neomycin-polymyxin-	
tobramycin ophth susp		DOSE)	28	dexamethasone ophth	
0.5-0.3%	70	LYTGOBI (20 MG DAILY		susp 0.1%	70
LOTREL		DOSE)	28	meclizine hcl	60
see amlodipine besylate-		lyza	56	MEDROL	
benazepril hcl cap 10-		M		see methylprednisolone	
20 mg	31	macitentan	38		57
see amlodipine besylate-		MACROBID		MEDROL DOSEPAK	
benazepril hcl cap 5-10		see nitrofurantoin		see methylprednisolone	
mg	31	monohyd macro	17		57
LOTRONEX		magnesium sulfate	69	medroxyprogesterone	
see alosetron hcl	61	MAGNESIUM SULFATE	69	acetate	59
lovastatin	34	see magnesium sulfate		medroxyprogesterone	
LOVAZA			69	acetate (contraceptive)	56
see omega-3-acid ethyl		MAGNESIUM SULFATE IN		mefloquine hcl	19
esters cap 1 gm	35	D5W		megestrol acetate	25, 59
LOVENOX		see magnesium sulfate in		megestrol acetate	
see enoxaparin sodium		dextrose 5% iv soln 1		(appetite)	59
	63	gm/100ml	69	MEKINIST	28, 29
loxapine succinate	43	magnesium sulfate in		MEKTOVI	29
lubiprostone	62	dextrose 5% iv soln 1		meleya	56
luizza 1.5/30	56	gm/100ml	69	meloxicam	15

<i>memantine hcl</i> .....39	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-25 mg .....35	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> ..71
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg</i> .....39	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-50 mg .....35	<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>.....22
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg</i> .....39	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 50-25 mg .....35	MRESVIA.....68
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg</i> .....39	<i>metoprolol succinate</i> .....35	MS CONTIN see <i>morphine sulfate</i> ...15
MENQUADFI .....68	<i>metoprolol tartrate</i> .....36	MULTAQ.....34
MENVEO INJ.....68	<i>metronidazole</i> .....17	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i> .....69
MENVEO SOL.....68	METRONIDAZOLE see <i>metronidazole</i> .....17	<i>mupirocin</i> .....76
MEPRON see <i>atovaquone</i>.....16	<i>metronidazole (topical)</i> ...78	<i>mycophenolate mofetil</i> ...68
<i>mercaptapurine</i>.....24	<i>metronidazole vaginal</i>....63	<i>mycophenolate sodium</i> ...68
<i>meropenem</i> .....17	<i>metyrosine</i> .....37	MYFORTIC see <i>mycophenolate sodium</i> .....68
MEROPENEM see <i>meropenem</i> .....17	<i>micafungin sodium</i>.....18	MYSOLINE see <i>primidone</i>.....46
<i>mesalamine</i> .....61	MICARDIS see <i>telmisartan</i> .....34	N
<i>mesalamine w/ cleanser</i> .61	<i>microgestin 1.5/30</i> .....56	<i>nabumetone</i>.....15
<i>mesna</i> .....25	<i>microgestin 1/20</i> .....56	<i>nadolol</i> .....36
MESNEX see <i>mesna</i> .....25	<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....56	<i>nafticillin sodium</i> .....23
MESTINON see <i>pyridostigmine bromide</i> .....50	<i>microgestin fe 1/20</i> .....56	NAGLAZYME.....59
<i>metformin hcl</i> .....52	<i>midodrine hcl</i> .....37	<i>naloxone hcl</i>.....51
<i>methadone hcl</i> .....15	MIEBO .....72	<i>naltrexone hcl</i> .....51
<i>methadone hydrochloride i</i> .....15	<i>mifepristone (hyperglycemia)</i>.....59	NAMZARIC see <i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg</i> .....39
METHADOSE see <i>methadone hydrochloride i</i> .....15	<i>mili</i> .....56	see <i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg</i> .....39
<i>methazolamide</i> .....37	<i>mimvey</i> .....57	see <i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg</i> .....39
<i>methenamine hippurate</i> ..17	MINIVELLE see <i>lyllana</i> .....57	NAMZARIC CAP 7-10MG .....39
<i>methimazole</i> .....60	<i>minocycline hcl</i> .....23	<i>naproxen</i>.....15
<i>methotrexate sodium 24, 67</i>	<i>minoxidil</i>.....37	<i>naproxen sodium</i> .....15
<i>methsuximide</i> .....46	<i>mirtazapine</i> .....40	<i>naratriptan hcl</i>.....49
METHYLIN see <i>methylphenidate hcl</i> .....48	<i>misoprostol</i> .....62	NARDIL see <i>phenelzine sulfate</i> 40
<i>methylphenidate hcl</i> ..48, 49	M-M-R II INJ .....68	NATACYN.....71
<i>methylprednisolone</i>.....57	M-NATAL PLUS TAB.....70	<i>nateglinide</i> .....52
<i>methylprednisolone acetate</i> .....57	<i>modafinil</i> .....51	NAYZILAM.....46
<i>methylprednisolone sod succ</i>.....58	MODEYSO .....25	<i>nebivolol hcl</i>.....36
<i>metoclopramide hcl</i>.....60	<i>moexipril hcl</i>.....32	NEBUPENT see <i>pentamidine isethionate inh</i> .....17
<i>metolazone</i> .....37	<i>molindone hcl</i>.....43	<i>necon 0.5/35-28</i>.....56
	<i>mometasone furoate</i> .....78	
	MONJUVI .....29	
	<i>mono-lynyah</i> .....56	
	<i>montelukast sodium</i>.....73	
	<i>morphine sulfate</i> .....15, 16	
	MOUNJARO .....52	
	MOVANTIK.....62	
	<i>moxifloxacin hcl</i> .....22	

<i>nefazodone hcl</i>	40	NINLARO	29	<i>nortrel</i> 0.5/35 (28)	56
<i>neomycin sulfate</i>	17	<i>nintedanib esylate</i>	74	<i>nortrel</i> 1/35 (21)	56
<i>neomycin-bacitrac zn-</i> <i>polymyx 5(3.5)mg-</i> <i>400unt-10000unt op oin</i>	71	<i>nitazoxanide</i>	17	<i>nortrel</i> 1/35 (28)	56
<i>neomycin-polymy-gramicid</i> <i>op sol 1.75-10000-</i> <i>0.025mg-unt-mg/ml</i>	71	<i>nitisinone</i>	59	<i>nortrel</i> 7/7/7	56
<i>neomycin-polymyxin-</i> <i>dexamethasone ophth</i> <i>oint 0.1%</i>	70	<i>nitro-bid</i>	37	<i>nortriptyline hcl</i>	40
<i>neomycin-polymyxin-</i> <i>dexamethasone ophth</i> <i>susp 0.1%</i>	70	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	17	NORVASC <i>see amlodipine besylate</i>	36
<i>neomycin-polymyxin-hc</i> <i>ophth susp</i>	70	<i>nitrofurantoin monohyd</i> <i>macro</i>	17	NORVIR	19
<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i> <i>soln 1%</i>	72	<i>nitroglycerin</i>	37	<i>see ritonavir</i>	19
<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i> <i>susp 3.5 mg/ml-10000</i> <i>unit/ml-1%</i>	72	<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> ..	78	NOVOLIN INJ 70/30	54
NEORAL <i>see cyclosporine</i> <i>modified (for</i> <i>microemulsion)</i>	67	NITROSTAT <i>see nitroglycerin</i>	37	NOVOLIN INJ 70/30 FP ..	54
<i>see gengraf</i>	67	<i>nizatidine</i>	61	NOVOLIN N	54
NERLYNX	29	<i>nora-be</i>	56	NOVOLIN N FLEXPEN ..	54
<i>neuac</i>	76	<i>norelgestromin-ethinyl</i> <i>estradiol td ptwk 150-35</i> <i>mcg/24hr</i>	56	NOVOLIN R	54
NEURONTIN <i>see gabapentin</i>	45	<i>norethindrone</i> <i>(contraceptive)</i>	56	NOVOLIN R FLEXPEN ..	54
<i>see relgaabi</i>	46, 47	<i>norethindrone ace & ethinyl</i> <i>estradiol tab 1 mg-20</i> <i>mcg</i>	56	NOVOLOG	54
<i>nevirapine</i>	19	<i>norethindrone ace & ethinyl</i> <i>estradiol tab 1.5 mg-30</i> <i>mcg</i>	56	NOVOLOG FLEXPEN ..	54
NEXAVAR <i>see sorafenib tosylate</i> ..	29	<i>norethindrone acetate</i>	59	NOVOLOG MIX INJ 70/30	54
NEXIUM <i>see esomeprazole</i> <i>magnesium</i>	62	<i>norethindrone acetate-</i> <i>ethinyl estradiol tab 0.5</i> <i>mg-2.5 mcg</i>	57	NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	54
NEXLETOL	35	<i>norethindrone acetate-</i> <i>ethinyl estradiol tab 1</i> <i>mg-5 mcg</i>	57	NOVOLOG PENFILL	54
NEXLIZET TAB 180/10MG	35	<i>norgestimate & ethinyl</i> <i>estradiol tab 0.25 mg-35</i> <i>mcg</i>	56	NUBEQA	25
NEXPLANON	56	<i>norgestimate-eth estrad tab</i> <i>0.18-25/0.215-25/0.25-25</i> <i>mg-mcg</i>	56	NUCALA	74
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	35	<i>norgestimate-eth estrad tab</i> <i>0.18-35/0.215-35/0.25-35</i> <i>mg-mcg</i>	56	NUDEXTA CAP 20-10MG	50
NICOTROL NS	51	<i>norlyroc</i>	56	NULOJIX	68
<i>nifedipine</i>	36	NORPACE <i>see disopyramide</i> <i>phosphate</i>	34	NUPLAZID	43
<i>nikki</i>	56	NORPRAMIN <i>see desipramine hcl</i>	39	NURTEC	49
<i>nilotinib hcl</i>	29	NORTHERA <i>see droxidopa</i>	37	NUTRILIPID	70
<i>nilutamide</i>	25			NUVARING <i>see eluryng</i>	55
<i>nimodipine</i>	36			<i>see enilloring</i>	55
				<i>see etonogestrel-ethinyl</i> <i>estradiol va ring 0.12-</i> <i>0.015 mg/24hr</i>	55
				NUVIGIL <i>see armodafinil</i>	51
				NUZYRA	23
				<i>nyamyc</i>	76
				<i>nylia</i> 1/35	56
				<i>nylia</i> 7/7/7	56
				<i>nystatin</i>	18
				NYSTATIN <i>see nystatin (mouth-</i> <i>throat)</i>	79
				<i>nystatin (mouth-throat)</i> ..	79
				<i>nystatin (topical)</i>	76
				<i>nystop</i>	76

O		
OCTAGAM	67	
octreotide acetate	59	
OCUFLOX		
see <i>ofloxacin (ophth)</i> ...	71	
ODEFSEY TAB.....	20	
ODOMZO	29	
OFEV	74	
see <i>nintedanib esylate</i>	74	
<i>ofloxacin (ophth)</i>	71	
<i>ofloxacin (otic)</i>	72	
OGIVRI	29	
OGSIVEO	29	
OJEMDA.....	29	
OJJAARA	29	
olanzapine	43	
olmesartan medoxomil....	34	
olmesartan medoxomil-		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
20-12.5 mg.....	33	
olmesartan medoxomil-		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
40-12.5 mg.....	33	
olmesartan medoxomil-		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
40-25 mg.....	33	
olmesartan-amlodipine-		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
20-5-12.5 mg.....	33	
olmesartan-amlodipine-		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
40-10-12.5 mg.....	33	
olmesartan-amlodipine-		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
40-10-25 mg.....	33	
olmesartan-amlodipine-		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
40-5-12.5 mg.....	33	
olmesartan-amlodipine-		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
40-5-25 mg.....	33	
omega-3-acid ethyl esters		
<i>cap 1 gm</i>	35	
omeprazole.....	62	
OMNIPOD 5 DX KIT INT		
G7G6	54	
OMNIPOD 5 DX MIS POD		
G7G6	54	
OMNIPOD DASH KIT		
INTRO	54	
OMNIPOD DASH MIS		
PODS	54	
OMNIPOD5 LIB KIT INTRO		
.....	54	
OMNIPOD5 LIB MIS PODS		
.....	54	
<i>ondansetron</i>	60	
<i>ondansetron hcl</i>	60	
ONFI		
see <i>clobazam</i>	44	
ONTRUZANT.....	29	
ONUREG.....	24	
OPIPZA	43	
OPSUMIT		
see <i>macitentan</i>	38	
ORFADIN		
see <i>nitisinone</i>	59	
ORGOVYX	25	
ORKAMBI GRA 100-125	74	
ORKAMBI GRA 150-188	74	
ORKAMBI GRA 75-94MG		
.....	74	
ORKAMBI TAB 100-125	74	
ORKAMBI TAB 200-125	74	
<i>orquidea</i>	56	
ORSERDU.....	25	
<i>oseltamivir phosphate</i>	21	
OSPOMYV	54	
OTEZLA.....	65	
OTEZLA TAB 10/20.....	65	
OTEZLA TAB 10/20/30 ...	65	
OTEZLA XR.....	65	
OTEZLA/XR TAB 28 DAY		
.....	65	
<i>oxacillin sodium</i>	23	
<i>oxaliplatin</i>	24	
<i>oxcarbazepine</i>	46	
<i>oxybutynin chloride</i>	63	
<i>oxycodone hcl</i>	16	
<i>oxycodone w/</i>		
<i>acetaminophen tab 10-</i>		
325 mg	16	
<i>oxycodone w/</i>		
<i>acetaminophen tab 2.5-</i>		
325 mg	16	
<i>oxycodone w/</i>		
<i>acetaminophen tab 5-325</i>		
mg	16	
<i>oxycodone w/</i>		
<i>acetaminophen tab 7.5-</i>		
325 mg	16	
OZEMPIC	52	
OZEMPIC (0.25 OR		
0.5MG/DOSE).....	53	
OZEMPIC (1MG/DOSE)	53	
OZEMPIC (2MG/DOSE)	53	
P		
<i>pacerone</i>	34	
<i>paclitaxel</i>	26	
<i>paclitaxel protein-bound</i>		
<i>particles for iv susp 100</i>		
mg	26	
<i>paliperidone</i>	43	
PAMELOR		
see <i>nortriptyline hcl</i>	40	
<i>pamidronate disodium</i>	54	
PAMIDRONATE		
DISODIUM	54	
PANRETIN.....	78	
<i>pantoprazole sodium</i>	62	
PANTOPRAZOLE SODIUM		
see <i>pantoprazole sodium</i>		
.....	62	
PANZYGA.....	67	
<i>paricalcitol</i>	60	
PARNATE		
see <i>tranylcypromine</i>		
<i>sulfate</i>	40	
<i>paroxetine hcl</i>	40	
PAXIL		
see <i>paroxetine hcl</i>	40	
PAXLOVID PAK.....	21	
PAXLOVID TAB 150-100	21	
PAXLOVID TAB 300-100	21	
<i>pazopanib hcl</i>	29	
PEDIARIX INJ 0.5ML.....	68	
PEDVAXHIB	68	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-</i>		
<i>nacl-na sulfate for soln</i>		
236 gm	61	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-</i>		
<i>nacl for soln 420 gm</i>	61	
PEGASYS.....	21	
PELLIX	76	
see <i>calcipotriene</i>	76	
PEMAZYRE.....	29	
<i>pemetrexed disodium</i>	24	
PENBRAYA INJ.....	68	

<i>penicillamine</i>.....55	<i>phenytoin sodium</i>.....46	PLENVU SOL .....61
<i>penicillin g potassium</i>.....23	<i>phenytoin sodium extended</i>.....46	<i>podofilox</i> .....78
<i>penicillin g sodium</i> .....23	PHESGO SOL .....29	<i>polymyxin b sulfate</i> .....17
<i>penicillin v potassium</i>.....23	<i>philith</i> .....56	<i>polymyxin b-trimethoprim</i> <i>ophth soln 10000 unit/ml-</i> <i>0.1%</i>.....71
PENMENVY INJ .....68	PIFELTRO .....19	<i>pomalidomide</i> .....25
PENTACEL INJ .....68	<i>pilocarpine hcl</i>.....71	POMALYST .....25
PENTAM 300 see <i>pentamidine</i>	<i>pilocarpine hcl (oral)</i> .....79	see <i>pomalidomide</i> .....25
<i>isethionate inj</i>.....17	<i>pimecrolimus</i>.....78	<i>portia-28</i> .....56
<i>pentamidine isethionate inh</i>.....17	<i>pimozide</i> .....43	<i>posaconazole</i>.....18
<i>pentamidine isethionate inj</i>.....17	<i>pimtrea</i>.....56	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ .....70
<i>pentoxifylline</i>.....64	<i>pindolol</i> .....36	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ .....70
PEPCID see <i>famotidine</i>.....61	<i>pioglitazone hcl</i>.....53	POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ .....70
<i>perampanel</i>.....46	<i>pioglitazone hcl-metformin</i> <i>hcl tab 15-500 mg</i> .....53	<i>potassium chloride</i>.....70
PERCOCET see <i>endocet tab 10-</i> <i>325mg</i> .....16	<i>pioglitazone hcl-metformin</i> <i>hcl tab 15-850 mg</i> .....53	POTASSIUM CHLORIDE see <i>potassium chloride</i> 70
see <i>endocet tab 7.5-</i> <i>325mg</i> .....16	<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>na for inj 3.375 gm (3-</i> <i>0.375 gm)</i>.....23	<i>potassium chloride 20</i> <i>meq/l (0.15%) in</i> <i>dextrose 5% inj</i>.....70
see <i>oxycodone w/</i> <i>acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i> .....16	<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 13.5 gm (12-</i> <i>1.5 gm)</i>.....23	<i>potassium chloride</i> <i>microencapsulated</i> <i>crystals er</i>.....70
see <i>oxycodone w/</i> <i>acetaminophen tab 5-</i> <i>325 mg</i> .....16	<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 2.25 gm (2-</i> <i>0.25 gm)</i>.....23	POTASSIUM CHLORIDE/DEXTRO see <i>kcl 30 meq/l</i> <i>(0.224%) in dextrose</i> <i>5% & nacl 0.45% inj</i> .69
see <i>oxycodone w/</i> <i>acetaminophen tab</i> <i>7.5-325 mg</i> .....16	<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 4.5 gm (4-0.5</i> <i>gm)</i>.....23	see <i>potassium chloride</i> <i>20 meq/l (0.15%) in</i> <i>dextrose 5% inj</i>.....70
PERIDEX see <i>chlorhexidine</i> <i>gluconate (mouth-</i> <i>throat)</i> .....79	<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 40.5 gm (36-</i> <i>4.5 gm)</i>.....23	POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM see <i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i> <i>in nacl 0.45% inj</i> .....69
see <i>perio gard</i> .....79	PIQRAY 200MG DAILY DOSE .....29	see <i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i> <i>in nacl 0.9% inj</i> .....69
<i>perindopril erbumine</i> .....32	PIQRAY 250MG TAB DOSE .....29	see <i>kcl 40 meq/l (0.3%)</i> <i>in nacl 0.9% inj</i> .....69
<i>perio gard</i> .....79	PIQRAY 300MG DAILY DOSE .....29	<i>potassium citrate</i> <i>(alkalinizer)</i>.....63
<i>permethrin</i> .....79	<i>pirfenidone</i> .....74	PRADAXA see <i>dabigatran etexilate</i> <i>mesylate</i> .....63
PERMETHRIN see <i>permethrin</i> .....79	<i>piroxicam</i> .....15	<i>pramipexole</i> <i>dihydrochloride</i>.....41
<i>perphenazine</i>.....43	PLAQUENIL see <i>hydroxychloroquine</i> <i>sulfate</i>.....67	<i>prasugrel hcl</i> .....64
<i>pfizerpen</i>.....23	PLASMA-LYTE A see <i>multiple electrolytes</i> <i>ph 5.5</i> .....69	
<i>phenelzine sulfate</i>.....40	PLAVIX see <i>clopidogrel bisulfate</i>.....64	
PHENERGAN see <i>promethazine hcl</i> ..60	<i>plenamine</i> .....70	
<i>phenobarbital</i>.....46		
<i>phenobarbital sodium</i> .....46		
<i>phenytek</i>.....46		
<i>phenytoin</i> .....46		

<i>pravastatin sodium</i>.....34	<i>prochlorperazine</i> .....60	<i>pyridostigmine bromide</i> ...50
<i>praziquantel</i> .....18	<i>prochlorperazine edisylate</i>.....60	<i>pyrimethamine</i> .....18
<i>prazosin hcl</i> .....32	<i>prochlorperazine maleate</i>.....60	PYZCHIVA.....65, 66
PRED FORTE see <i>prednisolone acetate</i> (<i>ophth</i>) .....71	PROCRIT .....64	Q
<i>prednisolone</i> .....58	<i>proctocort</i>.....78	QINLOCK.....29
<i>prednisolone acetate</i> (<i>ophth</i>).....71	<i>procto-med hc</i>.....78	QUADRACEL INJ 0.5ML 68
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP .....71	<i>proctosol hc</i> .....78	QUESTRAN see <i>cholestyramine</i> .....35
<i>prednisolone sodium</i> <i>phosphate</i> .....58	<i>proctozone-hc</i>.....78	QUESTRAN LIGHT see <i>cholestyramine light</i> .....35
<i>prednisone</i> .....58	<i>progesterone</i>.....59	<i>quetiapine fumarate</i> .....43
PREDNISON INTENSOL .....58	PROGLYCEM see <i>diazoxide</i> .....58	<i>quinapril hcl</i>.....32
<i>pregabalin</i> .....46	PROGRAF .....68	<i>quinidine sulfate</i> .....34
PREMASOL SOL 10% ..70	see <i>tacrolimus</i> .....68	<i>quinine sulfate</i>.....19
PRENATAL TAB 27-1MG .....70	PROLASTIN-C.....74	QULIPTA .....49
PRENATAL TAB PLUS ..70	PROLIA .....54	R
PRETOMANID .....20	<i>promethazine hcl</i> .....60, 61	RABAVERT INJ .....68
PREVACID see <i>lansoprazole</i> .....62	PROMETRIUM see <i>progesterone</i> .....59	RALDESY .....40
PREVYMIS .....21	<i>propafenone hcl</i> .....34	<i>raloxifene hcl</i>.....59
PREZCOBIX TAB 675/150 .....20	<i>proparacaine hcl</i> .....72	<i>ramelteon</i>.....49
PREZCOBIX TAB 800-150 .....20	<i>propranolol hcl</i> .....36	<i>ramipril</i> .....32
PREZISTA .....19	<i>propylthiouracil</i>.....60	<i>ranolazine</i> .....37
see <i>darunavir</i> .....19	PROQUAD INJ .....68	<i>rasagiline mesylate</i> .....41
PRIFTIN.....20	PROSCAR see <i>finasteride</i> .....62	RECLAST see <i>zoledronic acid</i> .....54
<i>primaquine phosphate</i> ....19	PROSOL INJ 20% .....70	<i>reclipsen</i> .....56
PRIMAQUINE PHOSPHATE .....19	PROTONIX see <i>pantoprazole sodium</i> .....62	RECOMBIVAX HB .....68
see <i>primaquine</i> <i>phosphate</i> .....19	<i>protriptyline hcl</i>.....40	RECTIV see <i>nitroglycerin (intra-</i> <i>anal)</i>.....78
PRIMAXIN IV see <i>imipenem-cilastatin</i> <i>intravenous for soln</i> 500 mg .....17	PROVERA see <i>medroxyprogesterone</i> <i>acetate</i>.....59	REDEMPLO.....35
<i>primidone</i> .....46	PROVIGIL see <i>modafinil</i>.....51	REGLAN see <i>metoclopramide hcl</i> .....60
PRIORIX INJ .....68	PULMICORT see <i>budesonide</i> (<i>inhalation</i>).....75	RELENZA DISKHALER ..21
PRISTIQ see <i>desvenlafaxine</i> <i>succinate</i> .....39	PULMOZYME .....74	<i>relgaabi</i>.....46, 47
PRIVIGEN .....67	PURIXAN see <i>mercaptopurine</i> ....24	REMERON see <i>mirtazapine</i> .....40
<i>probenecid</i> .....15	PYLERA see <i>bismuth subcit-</i> <i>metronidazole-</i> <i>tetracycline cap 140-</i> 125-125 mg .....62	REMERON SOLTAB see <i>mirtazapine</i> .....40
PROCARDIA XL see <i>nifedipine</i> .....36	<i>pyrazinamide</i> .....20	RENFLEXIS.....66
		REVELA see <i>sevelamer carbonate</i> .....59
		<i>repaglinide</i> .....53
		REPATHA.....35
		REPATHA SURECLICK .35
		RESTASIS .....72
		RESTASIS MULTIDOSE 72

RESTORIL		see <i>temazepam</i>.....49
RETEVMO	29	
RETIN-A		see <i>tretinoin</i> .....76
RETROVIR		see <i>zidovudine</i> .....19
REVATIO		see <i>sildenafil citrate</i> (<i>pulmonary</i> <i>hypertension</i>).....38
REVCovi	59	
REVLIMID		see <i>lenalidomide</i> .....25
REVUFORJ	29	
REXULTI	43	
REYATAZ	19	see <i>atazanavir sulfate</i> .19
REZDIFFRA	59	
REZLIDHIA	29	
REZUROCK	68	
RHOPRESSA	71	
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>.....21		
<i>rifabutin</i>.....20		
RIFADIN		see <i>rifampin</i> .....20
<i>rifampin</i>.....20		
<i>rilpivirine hcl</i>.....19		
<i>riluzole</i> .....50		
<i>rimantadine hydrochloride</i>.....21		
RINVOQ	66	
RINVOQ LQ	66	
RISPERDAL		see <i>risperidone</i>.....43
RISPERDAL CONSTA		see <i>risperidone</i> <i>microspheres</i>.....44
<i>risperidone</i>.....43, 44		
<i>risperidone microspheres</i> 44		
RITALIN		see <i>methylphenidate hcl</i>.....49
<i>ritonavir</i>.....19		
<i>rivaroxaban</i>.....64		
<i>rivastigmine</i> .....39		
<i>rivastigmine tartrate</i> .....39		
<i>rizatriptan benzoate</i> .....49		
ROCKLATAN DRO.....72		
<i>roflumilast</i> .....74		
ROMVIMZA	29	
<i>ropinirole hydrochloride</i> ..41		
<i>rosuvastatin calcium</i> .....34		
ROTARIX SUS	68	
ROTATEQ SOL	68	
ROWASA		see <i>mesalamine w/</i> <i>cleanser</i>.....61
<i>roweepra</i>.....47		
ROXICODONE		see <i>oxycodone hcl</i> .....16
ROZEREM		see <i>ramelteon</i> .....49
ROZLYTREK	29	
RUBRACA	29	
<i>rufinamide</i>.....47		
RUKOBIA	19	
RYDAPT	29	
S		
SABRIL		see <i>vigabatrin</i>.....47
		see <i>vigadrone</i>.....47
<i>sacubitril-valsartan tab 24-</i> <i>26 mg</i> .....33		
<i>sacubitril-valsartan tab 49-</i> <i>51 mg</i> .....33		
<i>sacubitril-valsartan tab 97-</i> <i>103 mg</i> .....33		
<i>sajazir</i> .....64		
SALAGEN		see <i>pilocarpine hcl (oral)</i> .....79
SANDIMMUNE		see <i>cyclosporine</i> .....67
SANDOSTATIN		see <i>octreotide acetate</i> .59
SANTYL	79	
SAPHRIS		see <i>asenapine maleate</i>.....42
<i>sapropterin dihydrochloride</i>.....59		
SCSEMBLIX	29	
<i>scopolamine</i>.....61		
SECUADO	44	
<i>selegiline hcl</i> .....41		
<i>selenium sulfide</i> .....76		
SELZENTRY	19	see <i>maraviroc</i>.....19
SENSIPAR		
		see <i>cinacalcet hcl</i>.....58
SEREVENT DISKUS	73	
SEROQUEL		see <i>quetiapine fumarate</i>.....43
SEROQUEL XR		see <i>quetiapine fumarate</i>.....43
<i>sertraline hcl</i> .....40		
<i>setlakin</i> .....56		
<i>sevelamer carbonate</i> .....59		
<i>sharobel</i>.....56		
SHINGRIX	68	
SIGNIFOR	59	
SIKLOS	64	
<i>sildenafil citrate (pulmonary</i> <i>hypertension)</i> .....38		
SILENOR		see <i>doxepin hcl (sleep)</i> .....49
SILVADENE		see <i>silver sulfadiazine</i> .76
		see <i>ssd</i>.....76
<i>silver sulfadiazine</i> .....76		
SIMBRINZA SUS 1-0.2%72		
<i>simliya</i>.....56		
<i>simvastatin</i>.....34		
SINEMET		see <i>carbidopa &</i> <i>levodopa tab 10-100</i> <i>mg</i> .....41
		see <i>carbidopa &</i> <i>levodopa tab 25-100</i> <i>mg</i> .....41
SINGULAIR		see <i>montelukast sodium</i>.....73
<i>sirolimus</i> .....68		
SIRTURO	20	
<i>sitagliptin phosphate</i> .....53		
<i>sitagliptin phosphate-</i> <i>metformin hcl tab 50-</i> <i>1000 mg</i> .....53		
<i>sitagliptin phosphate-</i> <i>metformin hcl tab 50-500</i> <i>mg</i> .....53		
SKYRIZI	66	
SKYRIZI PEN	66	

sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	61	see buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 12- 3 mg (base equiv)....	51	SYMBICORT see breyna	75
sodium chloride.....	70	see buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 2- 0.5 mg (base equiv).....	51	see budesonide- formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act.....	75
sodium chloride (gu irrigant)	79	see buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv).....	51	see budesonide- formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act.....	75
sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln ..	70	see buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv).....	51	SYMFI see efavirenz- lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg 20	
sodium oxybate.....	51	subvenite	47	SYMPAZAN	47
sodium phenylbutyrate....	59	SUBVENITE	47	SYMTUZA TAB.....	20
sodium polystyrene sulfonate	55	sucalfate	62	SYNALAR see fluocinolone acetonide	77
sodium polystyrene sulfonate powder.....	55	sulfacetamide sodium (acne)	76	SYNAREL	59
solifenacin succinate.....	63	sulfacetamide sodium (ophth).....	71	SYNTHROID.....	60
SOLQUA INJ 100/33	54	sulfacetamide sodium- prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%	71	see levothyroxine sodium	60
SOLTAMOX.....	25	sulfadiazine.....	18	see levoxyl	60
SOLU-CORTEF	58	sulfamethoxazole- trimethoprim iv soln 400- 80 mg/5ml	18	see unithroid.....	60
see hydrocortisone sod succinate	57	sulfamethoxazole- trimethoprim susp 200-40 mg/5ml	18	SYPRINE see trientine hcl	55
SOLU-MEDROL see methylprednisolone sod succ	58	sulfamethoxazole- trimethoprim tab 400-80 mg.....	18	T TABLOID	24
SOMATULINE DEPOT ...	59	sulfamethoxazole- trimethoprim tab 800-160 mg.....	18	TABRECTA.....	30
SOMAVERT	59	SULFAMYLON	76	tacrolimus	68
sorafenib tosylate.....	29	sulfasalazine	61	tacrolimus (topical).....	78
sotalol hcl.....	34	sulindac	15	tadalafil	62
sotalol hcl (afib/afI).....	34	sumatriptan	49	tadalafil (pulmonary hypertension)	38
SPIRIVA RESPIMAT	72	sumatriptan succinate.....	49	TAFINLAR	30
spironolactone	32	sunitinib malate.....	30	TAGRISSO	30
spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg.....	37	SUNLENCA	19	TALICIA CAP.....	62
SPORANOX see itraconazole	18	SUPREP BOWEL PREP KIT see sod sulfate-pot sulf- mg sulf oral sol 17.5- 3.13-1.6 gm/177ml...61	61	TALZENNA.....	30
sprintec 28	56	SUTENT see sunitinib malate	30	TAMIFLU see oseltamivir phosphate	21
SPRYCEL see dasatinib	26, 27	syeda	56	tamoxifen citrate	25
sps	55			tamsulosin hcl.....	62
sps rectal	55			TARGETIN see bexarotene	25
ssd	76			see bexarotene (topical)	78
STELARA	66			tarina fe 1/20 eq.....	56
STIVARGA	29			TARPEYO.....	63
streptomycin sulfate	18				
STRIBILD TAB.....	20				
STROMEKTOL see ivermectin	17				
SUBOXONE					

TASIGNA		
see <i>nilotinib hcl</i>	29	
<i>tasimelteon</i>	49	
TAVNEOS	64	
<i>tazarotene</i>	76	
<i>tazicef</i>	22	
TAZORAC		
see <i>tazarotene</i>	76	
TECENTRIQ.....	30	
TECENTRIQ INJ		
HYBREZA	30	
TEFLARO		
see <i>ceftaroline fosamil</i> 21		
TEGRETOL		
see <i>carbamazepine</i>	44	
TEGRETOL-XR		
see <i>carbamazepine</i>	44	
TEKTURN		
see <i>aliskiren fumarate</i> .37		
<i>telmisartan</i>	34	
<i>temazepam</i>	49	
TENIVAC INJ 5-2LF	68	
<i>tenofovir disoproxil</i>		
<i>fumarate</i>	19	
TENORMIN		
see <i>atenolol</i>	35	
TEPMETKO	30	
<i>terazosin hcl</i>	32	
<i>terbinafine hcl</i>	18	
<i>terbutaline sulfate</i>	73	
<i>terconazole vaginal</i>	63	
<i>testosterone</i>	51	
<i>testosterone cypionate</i>	51	
<i>testosterone enanthate</i>	51	
<i>testosterone pump</i>	51	
<i>tetrabenazine</i>	50	
<i>tetracycline hcl</i>	23	
THALOMID	25	
<i>theophylline</i>	74	
<i>thioridazine hcl</i>	44	
<i>thiothixene</i>	44	
<i>tiadylt er</i>	36	
<i>tiagabine hcl</i>	47	
TIAZAC		
see <i>diltiazem hcl</i>		
<i>extended release</i>		
<i>beads</i>	36	
see <i>tiadylt er</i>	36	
TIBSOVO.....	30	
<i>ticagrelor</i>	64	
TICOVAC.....	68	
<i>tigecycline</i>	23	
TIKOSYN		
see <i>dofetilide</i>	34	
<i>tilia fe</i>	56	
<i>timolol maleate</i>	36	
<i>timolol maleate (ophth)</i> ...	72	
<i>tinidazole</i>	18	
TIVICAY.....	19	
TIVICAY PD.....	19	
<i>tizanidine hcl</i>	50	
TOBI PODHALER.....	18	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%		
.....	71	
<i>tobramycin</i>	18	
<i>tobramycin (ophth)</i>	71	
<i>tobramycin sulfate</i>	18	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>		
<i>ophth susp 0.3-0.1%</i> ...	71	
<i>tofacitinib citrate</i>	66	
<i>tolterodine tartrate</i>	63	
<i>tolvaptan</i>	59	
<i>tolvaptan tab therapy pack</i>		
30 & 15 mg.....	59	
<i>tolvaptan tab therapy pack</i>		
45 & 15 mg.....	59	
<i>tolvaptan tab therapy pack</i>		
60 & 30 mg.....	59	
<i>tolvaptan tab therapy pack</i>		
90 & 30 mg.....	59	
TOPAMAX		
see <i>topiramate</i>	47	
TOPAMAX SPRINKLE		
see <i>topiramate</i>	47	
<i>topiramate</i>	47	
TOPROL XL		
see <i>metoprolol succinate</i>		
.....	35	
<i>toremifene citrate</i>	25	
<i>torpenz</i>	30	
<i>torsemide</i>	37	
TOUJEO MAX SOLOSTAR		
.....	54	
TOUJEO SOLOSTAR.....	54	
TPN ELECTROL INJ	70	
TRACLEER		
see <i>bosentan</i>	38	
TRADJENTA.....	53	
<i>tramadol hcl</i>	16	
<i>tramadol-acetaminophen</i>		
<i>tab 37.5-325 mg</i>	16	
<i>trandolapril</i>	32	
<i>tranexamic acid</i>	64	
TRANSDERM SCOP		
see <i>scopolamine</i>	61	
<i>tranylcypromine sulfate</i> ...	40	
TRAVASOL INJ 10%	70	
TRAZIMERA.....	30	
<i>trazodone hcl</i>	40	
TRELEGY AER ELLIPTA		
100-62.5-25 MCG	72	
TRELEGY AER ELLIPTA		
200-62.5-25 MCG	72	
TREMFYA.....	66	
TREMFYA INDUCTION		
PACK FO	66	
TREMFYA PEN	66	
<i>treprostinil</i>	38	
<i>tretinoin</i>	76	
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .25		
<i>triamcinolone acetonide</i>		
<i>(mouth)</i>	79	
<i>triamcinolone acetonide</i>		
<i>(topical)</i>	78	
<i>triamterene &</i>		
<i>hydrochlorothiazide cap</i>		
37.5-25 mg	37	
<i>triamterene &</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
37.5-25 mg	37	
<i>triamterene &</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
75-50 mg	37	
TRIBENZOR		
see <i>olmesartan-</i>		
<i>amlodipine-</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
20-5-12.5 mg	33	
see <i>olmesartan-</i>		
<i>amlodipine-</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
40-10-12.5 mg	33	
see <i>olmesartan-</i>		
<i>amlodipine-</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
40-10-25 mg	33	
see <i>olmesartan-</i>		
<i>amlodipine-</i>		

<i>hydrochlorothiazide tab</i>		UPTRAVI	38
<i>40-5-12.5 mg</i>	33	UPTRAVI PACK TAB	
see <i>olmesartan-</i>		<i>200/800</i>	38
<i>amlodipine-</i>		UROCIT-K 10	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		see <i>potassium citrate</i>	
<i>40-5-25 mg</i>	33	(<i>alkalinizer</i>)	63
TRICOR		UROCIT-K 15	
see <i>fenofibrate</i>	34	see <i>potassium citrate</i>	
<i>tridacaine iii</i>	78	(<i>alkalinizer</i>)	63
<i>triderm</i>	78	UROXATRAL	
<i>trientine hcl</i>	55	see <i>alfuzosin hcl</i>	62
<i>tri-estarylla</i>	56	URSO FORTE	
<i>trifluoperazine hcl</i>	44	see <i>ursodiol</i>	62
<i>trifluridine</i>	71	<i>ursodiol</i>	62
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	41	USTEKINUMAB	66
TRIJARDY XR TAB ER		V	
<i>24HR 10-5-1000MG</i>	53	VAGIFEM	
TRIJARDY XR TAB ER		see <i>estradiol vaginal</i> ...	57
<i>24HR 12.5-2.5-1000MG</i>		see <i>yuvaferm</i>	57
.....	53	<i>valacyclovir hcl</i>	21
TRIJARDY XR TAB ER		VALCHLOR	78
<i>24HR 25-5-1000MG</i>	53	VALCYTE	
TRIJARDY XR TAB ER		see <i>valganciclovir hcl</i> ..	21
<i>24HR 5-2.5-1000MG</i>	53	<i>valganciclovir hcl</i>	21
TRIKAFTA PAK 59.5MG 74		VALIUM	
TRIKAFTA PAK 75MG ...	74	see <i>diazepam</i>	45
TRIKAFTA TAB 100-50-		<i>valproate sodium</i>	47
<i>75MG & 150MG</i>	74	<i>valproic acid</i>	47
TRIKAFTA TAB 50-25-		<i>valsartan</i>	34
<i>37.5MG & 75MG</i>	74	<i>valsartan-</i>	
<i>tri-legest fe</i>	56	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
TRILEPTAL		<i>160-12.5 mg</i>	33
see <i>oxcarbazepine</i>	46	<i>valsartan-</i>	
<i>tri-lynyah</i>	56	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>tri-lo-estarylla</i>	56	<i>160-25 mg</i>	33
<i>tri-lo-marzia</i>	56	<i>valsartan-</i>	
<i>tri-lo-mili</i>	56	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>tri-lo-sprintec</i>	56	<i>320-12.5 mg</i>	33
<i>trimethoprim</i>	18	<i>valsartan-</i>	
<i>tri-mili</i>	56	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>trimipramine maleate</i>	40	<i>320-25 mg</i>	33
TRINTELLIX	40	<i>valsartan-</i>	
<i>tri-sprintec</i>	56	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
TRIUMEQ PD TAB	20	<i>80-12.5 mg</i>	33
TRIUMEQ TAB	20	VALTOCO 10 MG DOSE	47
<i>tri-vylibra</i>	56	VALTOCO 15 MG DOSE	47
<i>tri-vylibra lo</i>	56	VALTOCO 20 MG DOSE	47
TROGARZO	19	VALTOCO 5 MG DOSE ..	47
TROPHAMINE INJ 10% .	70	VALTRESX	
<i>tropium chloride</i>	63	see <i>valacyclovir hcl</i>	21
TRULICITY	53		
TRUMENBA	68		
TRUQAP	30		
TRUVADA			
see <i>emtricitabine-</i>			
<i>tenofovir disoproxil</i>			
<i>fumarate tab 100-150</i>			
<i>mg</i>	20		
see <i>emtricitabine-</i>			
<i>tenofovir disoproxil</i>			
<i>fumarate tab 133-200</i>			
<i>mg</i>	20		
see <i>emtricitabine-</i>			
<i>tenofovir disoproxil</i>			
<i>fumarate tab 167-250</i>			
<i>mg</i>	20		
see <i>emtricitabine-</i>			
<i>tenofovir disoproxil</i>			
<i>fumarate tab 200-300</i>			
<i>mg</i>	20		
TRUXIMA	30		
TUKYSA	30		
TURALIO	30		
<i>turqoz</i>	56		
<i>twice-daily clindamycin</i>			
<i>phosphate (topical)</i>	76		
TWINRIX INJ	68		
TYENNE	66		
TYGACIL			
see <i>tigecycline</i>	23		
TYKERB			
see <i>lapatinib ditosylate</i>	28		
TYMLOS	54		
TYPHIM VI	68		
U			
UBRELVY	50		
UCERIS			
see <i>budesonide</i>	61		
UNASYN			
see <i>ampicillin &</i>			
<i>sulbactam sodium for</i>			
<i>inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	22		
see <i>ampicillin &</i>			
<i>sulbactam sodium for</i>			
<i>inj 3 (2-1) gm</i>	23		
UNASYN BULK PACK			
see <i>ampicillin &</i>			
<i>sulbactam sodium for</i>			
<i>iv soln 15 (10-5) gm</i>	23		
<i>unithroid</i>	60		

<i>valtya 1/35</i>	56	see <i>voriconazole</i>	18	see <i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	35
<i>valtya 1/50</i>	56	VFEND IV		see <i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	35
VANCOCIN		see <i>voriconazole</i>	18	see <i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	35
see <i>vancomycin hcl</i>	18	VIDAZA		see <i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	35
<i>vancomycin hcl</i>	18	see <i>azacitidine</i>	24	VYVGART	67
VANCOMYCIN		<i>vienva</i>	57	VYZULTA	72
HYDROCHLORIDE		<i>vigabatrin</i>	47	W	
see <i>vancomycin hcl</i>	18	<i>vigadrone</i>	47	<i>warfarin sodium</i>	64
VANCOMYCIN INJ 1 GM18		VIGAFYDE	47	<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	79
VANCOMYCIN INJ 500MG		VIGAMOX		WEGOVY	59
.....	18	see <i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	71	WELCHOL	
VANCOMYCIN INJ 750MG		VIIBRYD		see <i>colesevelam hcl</i>	35
.....	18	see <i>vilazodone hcl</i>	40	WELIREG	25
VANFLYTA	30	<i>vilazodone hcl</i>	40	WELLBUTRIN SR	
VANOS		VIMKUNYA	68	see <i>bupropion hcl</i>	39
see <i>fluocinonide</i>	77	VIMPAT		WELLBUTRIN XL	
VAQTA	68	see <i>lacosamide</i>	45	see <i>bupropion hcl</i>	39
<i>varenicline tartrate</i>	51	see <i>lacosamide oral</i> ...	45	<i>wera</i>	57
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	51	<i>vincristine sulfate</i>	26	WESTAB PLUS TAB 27-1MG	70
VARIVAX	68	<i>vinorelbine tartrate</i>	26	WINREVAIR	38
VASCEPA	35	<i>violele</i>	57	WINREVAIR INJ 45MG ..	38
VASERETIC		VIRACEPT	19	WINREVAIR INJ 60MG ..	38
see <i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	31	VIREAD	19	<i>wixela inhub</i>	75
VASOTEC		see <i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	19	WYOST	54
see <i>enalapril maleate</i> ..	32	VITRAKVI	30	X	
VAXCHORA SUS	68	VIVELLE-DOT		XALATAN	
VELCADE		see <i>dotti</i>	57	see <i>latanoprost</i>	71
see <i>bortezomib</i>	26	see <i>estradiol</i>	57	XALKORI	30
<i>velivet</i>	57	VIVIMUSTA	24	XANAX	
VELSIPITY	66	VIVITROL	51	see <i>alprazolam</i>	38
VENCLEXTA	30	VIVOTIF CAP EC	68	<i>xarah fe</i>	57
VENCLEXTA TAB START PK	30	VONJO	30	XARELTO	64
<i>venlafaxine hcl</i>	40	VOQUEZNA PAK DUAL PAK	62	see <i>rivaroxaban</i>	64
VENTOLIN HFA		VOQUEZNA PAK TRIP PK	62	XARELTO STAR TAB 15/20MG	64
see <i>albuterol sulfate</i> ...	73	VORANIGO	30	XATMEP	67
VEPPANU	25	<i>voriconazole</i>	18, 19	XCOPRI	47
<i>verapamil hcl</i>	36	VOSEVI TAB	21	XCOPRI PAK 100-150 ..	47
VERQUVO	37	VOTRIENT		XCOPRI PAK 12.5-25 ..	47
VERSACLOZ	44	see <i>pazopanib hcl</i>	29		
VERZENIO	30	VOWST CAP	62		
VESICARE		VRAYLAR	44		
see <i>solifenacin succinate</i>	63	<i>vyfemla</i>	57		
<i>vestura</i>	57	<i>vylibra</i>	57		
VFEND		VYNDAMAX	37		
		VTORIN			

XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE).....47	see <i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>.....15	ZENPEP CAP 3000UNIT62
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION).....47	XYLOCAINE-MPF	ZENPEP CAP 40000UNT.....62
XCOPRI PAK 50-100MG47	see <i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>.....15	ZENPEP CAP 5000UNIT62
XDEMVY .....71	XYREM	ZENPEP CAP 60000UNT.....62
XELJANZ	see <i>sodium oxybate</i> ....51	ZERVIAE .....71
see <i>tofacitinib citrate</i> ...66	Y	ZESTORETIC
XELJANZ XR	YASMIN 28	see <i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....31
see <i>tofacitinib citrate</i> ...66	see <i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>.....55	see <i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....31
XENAZINE	see <i>syeda</i>.....56	see <i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> .....31
see <i>tetrabenazine</i>.....50	see <i>zumandimine</i> .....57	ZESTRIL
XERMELO .....62	YAZ	see <i>lisinopril</i> .....32
XHANCE.....74	see <i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>.....55	ZETIA
XIFAXAN .....18, 62	see <i>jasmie</i> .....55	see <i>ezetimibe</i> .....35
XIGDUO XR	see <i>loryna</i>.....56	ZIAGEN
see <i>dapagliflozin free base-metformin hcl tab er 24hr 10-1000 mg</i> .52	see <i>nikki</i>.....56	see <i>abacavir sulfate</i> ....19
see <i>dapagliflozin free base-metformin hcl tab er 24hr 10-500 mg</i> ...52	see <i>vestura</i>.....57	<i>zidovudine</i>.....19
see <i>dapagliflozin free base-metformin hcl tab er 24hr 5-1000 mg</i> ...52	YESINTEK.....66	<i>ziprasidone hcl</i>.....44
see <i>dapagliflozin free base-metformin hcl tab er 24hr 5-500 mg</i>.....52	YF-VAX INJ .....68	<i>ziprasidone mesylate</i> .....44
XIIDRA.....72	YONSA .....25	ZIRABEV .....31
XOLAIR .....74	<i>yulithira</i> .....31	ZIRGAN .....71
XOSPATA.....30	YUTREPIA.....38	ZITHROMAX
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY).....31	<i>yuvaferm</i> .....57	see <i>azithromycin</i> .....22
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY).....30	Z	ZOCOR
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) .....30	<i>zafemy</i> .....57	see <i>simvastatin</i> .....34
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY).....30	<i>zafirlukast</i> .....73	<i>zoledronic acid</i> .....54
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) .....30	ZANAFLEX	ZOLINZA.....31
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY).....30	see <i>tizanidine hcl</i>.....50	ZOLOFT
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) .....30	ZARONTIN	see <i>sertraline hcl</i> .....40
XTANDI .....25	see <i>ethosuximide</i> .....45	<i>zolpidem tartrate</i> .....49
XTRENBO .....54	ZARXIO .....64	ZONEGRAN
<i>xulane</i> .....57	ZEJULA .....31	see <i>zonisamide</i> .....47
XULTOPHY INJ 100/3.6 .54	ZELBORAF.....31	ZONISADE .....47
XYLOCAINE	<i>zelvysia</i> .....59	<i>zonisamide</i>.....47
	ZEMPLAR	ZORTRESS
	see <i>paricalcitol</i> .....60	see <i>everolimus (immunosuppressant)</i> .....67
	<i>zenatane</i> .....76	<i>zovia 1/35</i> .....57
	ZENPEP CAP 10000UNT.....62	ZTALMY .....48
	ZENPEP CAP 15000UNT.....62	<i>zumandimine</i> .....57
	ZENPEP CAP 20000UNT.....62	ZURZUVAE .....41
	ZENPEP CAP 25000UNT.....62	ZYKADIA .....31

ZYLET
 see *loteprednol*
 etabonate-tobramycin
 *ophth susp 0.5-0.3%*70
 ZYMFENTRA 2-PEN66
 ZYMFENTRA 2-SYRINGE
 66

ZYPREXA
 see *olanzapine*43
 ZYPREXA RELPREVV ...44
 ZYPREXA ZYDIS
 see *olanzapine*43
 ZYTIGA

 see *abiraterone acetate*
 24
 see *abirtega*24
 ZYVOX
 see *linezolid*17

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, nacionalidad (incluida la competencia limitada en el idioma inglés y el idioma principal), edad, discapacidad o sexo (de conformidad con el alcance de la discriminación por sexo descrito en el Título 45 del Código de Reglamentos Federales, § 92.101(a)(2)). Johns Hopkins Advantage MD no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Johns Hopkins Advantage MD:

- Ofrece adaptaciones razonables para personas con discapacidad, así como ayudas y servicios auxiliares adecuados, incluyendo intérpretes cualificados y formatos de información alternativos, como braille o letra grande, de forma gratuita y oportuna, cuando dichas adaptaciones, ayudas y servicios sean necesarios para garantizar la accesibilidad y la igualdad de oportunidades de participación a las personas con discapacidad.
- Servicios de asistencia lingüística para personas con dominio limitado del inglés. Esto incluye la traducción oportuna de documentos, tanto escritos como electrónicos, así como interpretación oral. Estos servicios se proveen siempre y cuando sean razonablemente necesarios para asegurar un acceso significativo a la información.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio de Atención al Cliente llamando al número 1-877-293-5325 (TTY: 711) o visite www.HopkinsMedicare.com.

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

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

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 Sprachassistenzen 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 auxiliaires 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

فارسی

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 libreng serbisyonang 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: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-877-293-5325 (TTY:711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ



Este formulario fue actualizado el 15 de octubre 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 877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, o visita hopkinsmedicare.com