

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)

Formulario para 2021

(Lista de medicamentos cubiertos)

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

HPMS Approved Formulary File Submission ID 00021175, Version Number 18

Este formulario se actualizó el 11/01/2021. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 1-855-290-5744. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, De 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los 7 días de la semana, desde el 1/OCT hasta el 31/MAR, de 8:00 a.m a 8:00 p.m. (según la hora estándar del este) De lunes a viernes, desde el 1/ABR hasta el 30/SEP (según la hora estándar del este), o visite carefirst.com/medicare.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

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

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 11/01/2021. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2021 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)?

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

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

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

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

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

solicitar que se haga una excepción al Formulario de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)’s?’’.

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

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2021 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2021, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto es vigente a partir del 11/01/2021. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. Actualizaremos los formularios impresos cada mes y los publicaremos en nuestro sitio web.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 1. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría “SISTEMA CARDIOVASCULAR”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza a continuación. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 118. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explica(n) nuestra(s) restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos

que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO) que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)?” en la página v para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

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

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

Si resulta que CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO) no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO). Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO).
- Puede solicitar que CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO) haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)’s?

Puede solicitarle a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO) que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

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

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

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

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

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

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

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

Si experimenta un cambio en el nivel de atención (como ser dado de alta o ingresado en un centro de atención a largo plazo), su médico o su farmacia puede solicitar una prórroga de la receta por una sola vez. Esta única prórroga le proporcionará cobertura temporal (hasta 31 días de suministro) por medicamento(s) aplicable(s).

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO), consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

Formulario de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)

El formulario a continuación proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO). Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 118.

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

La información incluida en la columna de Requisitos/Límites indica si CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO) tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

- **Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos: medicamentos genéricos o de marca que están disponibles al menor costo compartido para el plan**
- **Nivel 2 – Medicamentos genéricos: medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo mayor que los medicamentos genéricos preferidos del nivel 1**
- **Nivel 3 – Medicamentos de marca preferida: medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo menor que los medicamentos no preferidos del nivel 4**
- **Nivel 4 – Medicamentos de marca no preferida: medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo mayor que los medicamentos genéricos preferidos del nivel 3**
- **Nivel 5 – Medicamentos especiales: incluye medicamentos especiales genéricos y de marca que tienen el copago máximo**

La información en la columna Requisitos/Límites le dice si CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO) tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento. A continuación se describen los acrónimos mencionados en la columna Requisitos/Límites.

PA – Autorización previa

Requerimos que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará obtener nuestra aprobación antes de recoger sus recetas. Si no recibe esta aprobación, puede que no cubramos su medicamento.

QL – Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad de la que usted puede disponer estableciendo la cantidad máxima del medicamento que puede retirar cada vez que surta su receta.

ST – Terapia escalonada

En algunos casos, requerimos que primero pruebe algunos medicamentos para tratar su afección médica antes de que podamos cubrir el costo de otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si un medicamento A y un medicamento B tratan su afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces le cubriremos el medicamento B.

NM – No disponible a través de pedido por correo

Este medicamento no está disponible a través de pedido por correo a la farmacia

LA – Acceso limitado

Esta receta puede estar disponible únicamente en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de Farmacias o llame a Servicios para el Afiliado al 1-855-290-5744, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. De lunes a viernes (según la hora estándar del este). Los usuarios de TTY deben llamar sin costo al TTY 711.

B/D: es posible que el medicamento esté cubierto por Medicare Parte B o D

Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos por Medicare Parte B o Parte D, dependiendo de las circunstancias. Es posible que sea necesario enviar información que describa el uso y el lugar donde recibe y toma el medicamento a CareFirst BlueCross Blueshield Advantage Core (HMO) para que se pueda tomar una decisión al respecto.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Core (HMO)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<u>ANALGESICS</u>		
<u>GOUT</u>		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	2	
<i>colchicine</i> TABS .6mg	4	QL (120 tabs / 30 days)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	3	
MITIGARE CAPS .6mg	3	QL (60 caps / 30 days)
<i>probenecid</i> TABS 500mg	3	
<u>NSAIDS</u>		
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg	3	QL (240 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 100mg	3	QL (120 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 200mg	3	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	3	QL (30 caps / 30 days)
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	3	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg	3	
<i>diclofenac sodium</i> TBEC 25mg, 50mg, 75mg	2	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	3	
<i>ec-naproxen</i> TBEC 375mg, 500mg	2	
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	3	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	3	
<i>ibu</i> TABS 600mg, 800mg	1	
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	3	
<i>ibuprofen</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	

PA - Autorización previa QL - Cantidades límite ST - Terapia escalonada NM - No disponible para venta por correo B/D - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare LA - Acceso limitado 1

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	2	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	1	
<i>naproxen</i> TBEC 375mg, 500mg	2	
<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, 50mcg/hr, 75mcg/hr, 100mcg/hr	4	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA
HYSINGLA ER T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml	3	QL (450 mL / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml	3	QL (90 mL / 30 days), PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg	3	QL (90 tabs / 30 days), PA

OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING

<i>acetaminophen w/ codeine soln</i> 120-12 mg/5ml	3	QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-15 mg	3	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-30 mg	3	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-60 mg	3	QL (180 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	4	
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	3	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 5-325mg</i>	3	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	3	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 10-325mg</i>	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 200mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg	5	QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 400mcg	4	QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	4	QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	3	QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	3	QL (150 tabs / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> LIQD 1mg/ml	4	QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	4	B/D
MORPHINE SULFATE SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	4	B/D
<i>morphine sulfate</i> SOLN 10mg/5ml	3	QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 20mg/5ml	3	QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 100mg/5ml	3	QL (180 mL / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>morphine sulfate</i> TABS 15mg, 30mg	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>nalbuphine hcl</i> SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	4	
<i>oxycodone hcl</i> CAPS 5mg	4	QL (180 caps / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml	4	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml	4	QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	3	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	3	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	3	QL (240 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>tramadol hcl</i> TABS 50mg	2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	3	QL (240 tabs / 30 days)

ANESTHETICS

LOCAL ANESTHETICS

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

ANTI-INFECTIVES

ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS

<i>albendazole</i> TABS 200mg	5	
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	4	
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	5	
<i>aztreonam</i> SOLR 1gm, 2gm	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
CAYSTON SOLR 75mg	5	NM, LA, PA
<i>clindamycin hcl</i> CAPS 75mg, 150mg, 300mg	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> SOLR 75mg/5ml	4	
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 9gm/60ml, 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml	3	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	4	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	4	
<i>colistimethate sodium</i> SOLR 150mg	4	
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	3	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	5	
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	5	
EMVERM CHEW 100mg	5	QL (12 tabs / 365 days)
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	4	
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate SOLN 10mg/ml, 40mg/ml</i>	3	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	4	
<i>ivermectin TABS 3mg</i>	3	PA
<i>linezolid SOLN 600mg/300ml</i>	4	
<i>linezolid SUSR 100mg/5ml</i>	5	QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid TABS 600mg</i>	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%</i>	4	
<i>meropenem SOLR 1gm, 500mg</i>	4	
<i>methenamine hippurate TABS 1gm</i>	3	
<i>metronidazole TABS 250mg, 500mg</i>	2	
<i>metronidazole in nacl 0.79% iv soln 500 mg/100ml</i>	3	
<i>neomycin sulfate TABS 500mg</i>	2	
<i>nitazoxanide TABS 500mg</i>	5	QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal CAPS 50mg, 100mg</i>	3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro CAPS 100mg</i>	3	
<i>paramomycin sulfate CAPS 250mg</i>	4	
<i>pentamidine isethionate inh SOLR 300mg</i>	4	B/D
<i>pentamidine isethionate inj SOLR 300mg</i>	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	4	
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	5	
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	5	
SULFADIAZINE TABS 500mg	4	
<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	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 800- 160 mg	1	
SYNERCID INJ 500MG	5	
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	5	NM, PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	3	
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	2	
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	4	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	4	QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	4	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	4	
VANCOMYCIN INJ 500MG	4	
VANCOMYCIN INJ 750MG	4	
ANTIFUNGALS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	4	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
AMBISOME SUSR 50mg	5	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	4	B/D
<i>casprofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	5	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 200mg	3	
<i>fluconazole</i> TABS 150mg	2	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i>	3	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	3	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	5	
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	4	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	4	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	3	PA
<i>micalfungin sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	5	
NOXAFIL SUSP 40mg/ml	5	QL (630 mL / 30 days)
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	3	
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	5	QL (93 tabs / 30 days)
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	1	QL (90 tabs / year)
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg; SUSR 40mg/ml	5	PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	4	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	4	QL (120 tabs / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
ANTIMALARIALS		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	4	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	4	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	3	
COARTEM TAB 20-120MG	4	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	3	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	3	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	3	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	4	PA
ANTIRETROVIRAL AGENTS		
<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml	4	NM
<i>abacavir sulfate</i> TABS 300mg	3	NM
APTIVUS CAPS 250mg; SOLN 100mg/ml	5	NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	4	NM
CRIXIVAN CAPS 200mg, 400mg	4	NM
EDURANT TABS 25mg	5	NM
<i>efavirenz</i> CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	4	NM
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	3	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	3	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	5	NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	5	NM
FUZEON SOLR 90mg	5	NM
INTELENCE TABS 25mg	4	NM

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 9

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
INTELENCE TABS 100mg, 200mg	5	NM
INVIRASE TABS 500mg	5	NM
ISENTRESS CHEW 25mg; PACK 100mg	3	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; TABS 400mg	5	NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	5	NM
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	3	NM
LEXIVA SUSP 50mg/ml	4	NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TB24 100mg, 400mg	4	NM
<i>nevirapine</i> TABS 200mg	3	NM
NORVIR PACK 100mg; SOLN 80mg/ml	4	NM
PIFELTRO TABS 100mg	5	NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml	5	QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TABS 75mg	4	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	5	QL (240 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 600mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 800mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	5	NM
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	3	NM
RUKOBIA TB12 600mg	5	NM

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg, 150mg, 300mg	5	NM
SELZENTRY TABS 25mg	3	NM
<i>stavudine</i> CAPS 15mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	3	NM
TIVICAY TABS 10mg	3	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	5	NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	3	NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5	NM, LA
TYBOST TABS 150mg	4	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	NM
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	4	NM
<i>zidovudine</i> TABS 300mg	3	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	3	NM
<i>abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg</i>	5	NM
BIKTARVY TAB	5	NM
CIMDUO TAB 300-300	5	NM
COMPLERA TAB	5	NM
DELSTRIGO TAB	5	NM
DESCOVY TAB 200/25MG	5	NM

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
DOVATO TAB 50-300MG	5	NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	5	NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	5	NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	5	NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	5	QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	5	QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	5	QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	5	QL (30 tabs / 30 days), NM
EVOTAZ TAB 300-150	5	NM
GENVOYA TAB	5	NM
JULUCA TAB 50-25MG	5	NM
KALETRA TAB 100-25MG	4	NM
KALETRA TAB 200-50MG	5	NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	4	NM
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	4	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	4	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	5	NM
ODEFSEY TAB	5	NM
PREZCOBIX TAB 800-150	5	NM

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
STRIBILD TAB	5	NM
SYMTUZA TAB	5	NM
TEMIXYS TAB 300-300	5	NM
TRIUMEQ TAB	5	NM

ANTITUBERCULAR AGENTS

<i>cycloserine</i> CAPS 250mg	5	
<i>ethambutol hcl</i> TABS 100mg, 400mg	3	
<i>isoniazid</i> SYRP 50mg/5ml	4	
<i>isoniazid</i> TABS 100mg, 300mg	1	
PASER PACK 4gm	4	
PRIFTIN TABS 150mg	4	
<i>pyrazinamide</i> TABS 500mg	4	
<i>rifabutin</i> CAPS 150mg	4	
<i>rifampin</i> CAPS 150mg, 300mg	3	
<i>rifampin</i> SOLR 600mg	4	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	5	LA, PA
TRECTOR TABS 250mg	4	

ANTIVIRALS

<i>acyclovir</i> CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg	2	
<i>acyclovir</i> SUSP 200mg/5ml	4	
<i>acyclovir sodium</i> SOLN 50mg/ml	4	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	5	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	5	NM
<i>entecavir</i> TABS .5mg, 1mg	4	NM

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
EPCLUSA TAB 200-50MG	5	NM, PA
EPCLUSA TAB 400-100	5	NM, PA
EPIVIR HBV SOLN 5mg/ml	4	NM
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	3	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	4	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	5	NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	5	NM, PA
HARVONI TAB 45-200MG	5	NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	5	NM, PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	4	NM
MAVYRET TAB 100-40MG	5	NM, PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	3	QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	3	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	3	QL (1080 mL / year)
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	5	NM, PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	3	QL (6 inhalers / year)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg	3	NM
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> TABS 200mg	4	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	4	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	3	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml; TABS 450mg	3	
VEMLIDY TABS 25mg	5	NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
VOSEVI TAB	5	NM, PA
CEPHALOSPORINS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	3	
<i>cefaclor</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml	4	
CEFACLOR ER TB12 500mg	4	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg	2	
<i>cefadroxil</i> SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	3	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 10gm, 500mg	3	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	4	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg	2	
<i>cefdinir</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>cefixime</i> SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	4	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> TABS 100mg, 200mg	3	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	3	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	3	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	3	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg	1	
<i>cephalexin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	5	
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	3	
<i>azithromycin</i> TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	4	
<i>clarithromycin</i> TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	3	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	5	
<i>e.e.s. 400</i> TABS 400mg	4	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	4	
<i>erythrocin stearate</i> TABS 250mg	4	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	4	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
FLUOROQUINOLONAS		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	4	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	3	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	3	
<i>ciprofloxacin hcl TABS 100mg</i>	4	
<i>ciprofloxacin hcl TABS 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>levofloxacin SOLN 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin TABS 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	3	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	3	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	3	
PENICILLINS		
<i>amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg</i>	1	
<i>amoxicillin CHEW 125mg, 250mg</i>	2	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	2	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	2	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	4	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2- 1) gm</i>	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	4	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	4	
<i>BICILLIN L-A SUSP 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml</i>	4	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	3	
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	4	
<i>nafcillin sodium SOLR 10gm</i>	5	
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	4	
<i>oxacillin sodium SOLR 10gm</i>	5	
<i>PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML</i>	4	
<i>PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML</i>	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>penicillin g potassium</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	
PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml	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		
<i>doxy 100</i> SOLR 100mg	4	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg	2	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> TABS 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; TABS 20mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate</i> SOLR 100mg	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>mondoxyne nl</i> CAPS 100mg	2	
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	4	PA
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	5	
TIGECYCLINE SOLR 50mg	5	

ANTINEOPLASTIC AGENTS

ALKYLATING AGENTS

BENDEKA SOLN 100mg/4ml	5	B/D, NM
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	3	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	3	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg	3	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml	5	B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 1gm, 2gm, 500mg	5	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	4	B/D
LEUKERAN TABS 2mg	5	
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	4	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 50mg, 100mg	5	B/D
<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	3	B/D

ANTIBIOTICS

<i>adriamycin</i> SOLN 2mg/ml	4	B/D
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	4	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 2mg/ml	5	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 20

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>epirubicin hcl</i> SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	4	B/D
ANTIMETABOLITES		
ALIMTA SOLR 100mg, 500mg	5	B/D
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	5	B/D, NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	3	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	3	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	4	B/D
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	3	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	3	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	5	NM, LA, PA
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	5	NM
TABLOID TABS 40mg	4	
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg, 500mg	5	NM, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	1	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	2	
EMCYT CAPS 140mg	4	
ERLEADA TABS 60mg	5	NM, LA, PA
<i>exemestane</i> TABS 25mg	4	
<i>flutamide</i> CAPS 125mg	3	
<i>fulvestrant</i> SOLN 250mg/5ml	5	B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	2	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 21

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	4	NM, PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	5	NM, PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5	NM, PA
LYSODREN TABS 500mg	5	
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	3	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	5	
NUBEQA TABS 300mg	5	NM, LA, PA
ORGOVYX TABS 120mg	5	NM, LA, PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	5	
TRELSTAR MIXJECT SUSR 3.75mg, 11.25mg	5	NM, PA
XTANDI CAPS 40mg; TABS 40mg, 80mg	5	NM, LA, PA
ZYTIGA TABS 500mg	5	NM, LA, PA
<i>IMMUNOMODULATORS</i>		
POMALYST CAPS 1mg, 2mg	5	QL (21 caps / 21 days), NM, LA, PA
POMALYST CAPS 3mg, 4mg	5	QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	5	QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 50mg, 100mg	5	QL (28 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	5	QL (56 caps / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
MISCELLANEOUS		
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	5	NM, PA
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	2	
INQOVI TAB 35-100MG	5	NM, LA, PA
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	4	B/D
KISQALI 200 PAK FEMARA	5	NM, PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	5	NM, PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	5	NM, PA
LONSURF TAB 15-6.14	5	NM, PA
LONSURF TAB 20-8.19	5	NM, PA
MATULANE CAPS 50mg	5	NM, LA
SYNRIBO SOLR 3.5mg	5	NM, PA
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	5	
MITOTIC INHIBITORS		
ABRAXANE INJ 100MG	5	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	4	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
<i>etoposide</i> SOLN 100mg/5ml, 500mg/25ml	3	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 30mg/5ml, 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4	B/D
<i>toposar</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml	3	B/D
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	2	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 23

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	4	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
AFINITOR TABS 10mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 2mg	5	QL (150 tabs / 30 days), NM, PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 3mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 5mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ALECENSA CAPS 150mg	5	NM, LA, PA
ALUNBRIG TABS 30mg, 90mg, 180mg	5	NM, LA, PA
ALUNBRIG PAK	5	NM, LA, PA
AVASTIN SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	NM, LA, PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 3mg, 4mg, 5mg	5	NM, LA, PA
BORTEZOMIB SOLR 3.5mg	5	NM, PA
BOSULIF TABS 100mg, 400mg, 500mg	5	NM, PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	5	NM, LA, PA
BRUKINSA CAPS 80mg	5	NM, LA, PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CALQUENCE CAPS 100mg	5	NM, LA, PA
CAPRELSA TABS 100mg, 300mg	5	NM, LA, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	5	NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
COMETRIQ KIT 100MG	5	NM, LA, PA
COMETRIQ KIT 140MG	5	NM, LA, PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	5	NM, LA, PA
COTELLIC TABS 20mg	5	NM, LA, PA
DAURISMO TABS 25mg, 100mg	5	NM, LA, PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	5	NM, LA, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
FARYDAK CAPS 10mg, 15mg, 20mg	5	NM, LA, PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	5	QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
GAVRETO CAPS 100mg	5	NM, LA, PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	5	NM, LA, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	5	NM, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	5	NM, PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5	NM, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	5	QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	5	QL (21 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
ICLUSIG TABS 30mg, 45mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 70mg	5	QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA CAPS 140mg	5	QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA TABS 140mg	5	QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA TABS 280mg	5	QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA TABS 420mg, 560mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INLYTA TABS 1mg	5	QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INLYTA TABS 5mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INREBIC CAPS 100mg	5	NM, LA, PA
IRESSA TABS 250mg	5	NM, LA, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	B/D, NM
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	NM, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
KISQALI TBPK 200mg	5	NM, PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	5	NM, PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	NM, LA, PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	NM, LA, PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	5	NM, LA, PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	NM, LA, PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	5	NM, LA, PA
LENVIMA CAP 14 MG	5	NM, LA, PA
LENVIMA CAP 18 MG	5	NM, LA, PA
LENVIMA CAP 24 MG	5	NM, LA, PA
LORBRENA TABS 25mg, 100mg	5	NM, LA, PA
LUMAKRAS TABS 120mg	5	NM, LA, PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MEKINIST TABS .5mg, 2mg	5	NM, LA, PA
MEKTOVI TABS 15mg	5	NM, LA, PA
MONJUVI SOLR 200mg	5	NM, LA, PA
MVASI SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	NM, LA, PA
NERLYNX TABS 40mg	5	NM, LA, PA
NEXAVAR TABS 200mg	5	NM, LA, PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	5	NM, PA
ODOMZO CAPS 200mg	5	NM, LA, PA
OGIVRI SOLR 150mg	5	NM, PA
OGIVRI INJ 420MG	5	NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5	NM, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	5	NM, LA, PA
PHESGO SOL	5	NM, LA, PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	5	NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	5	NM, PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	5	NM, PA
QINLOCK TABS 50mg	5	NM, LA, PA
RETEVMO CAPS 40mg, 80mg	5	NM, LA, PA
RIABNI SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	NM, LA, PA
RITUXAN SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	NM, LA, PA
RITUXAN INJ HYCELA	5	NM, LA, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg, 200mg	5	NM, LA, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	5	NM, LA, PA
RUXIENCE SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	NM, PA
RYDAPT CAPS 25mg	5	NM, PA
SPRYCEL TABS 20mg, 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	5	NM, PA
STIVARGA TABS 40mg	5	NM, LA, PA
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	5	QL (30 caps / 30 days), NM, PA
SUTENT CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	5	QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	5	NM, PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	5	NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
TAGRISO TABS 40mg, 80mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .25mg, 1mg	5	NM, LA, PA
TASIGNA CAPS 50mg, 150mg, 200mg	5	NM, PA
TAZVERIK TABS 200mg	5	NM, LA, PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	5	NM, LA, PA
TEPMETKO TABS 225mg	5	NM, LA, PA
TIBSOVO TABS 250mg	5	NM, LA, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	5	NM, PA
TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	NM, LA, PA
TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	NM, LA, PA
TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE CPPK 100mg	5	NM, LA, PA
TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE	5	NM, LA, PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	NM, PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5	NM, LA, PA
TURALIO CAPS 200mg	5	NM, LA, PA
UKONIQ TABS 200mg	5	NM, LA, PA
VELCADE SOLR 3.5mg	5	NM, PA
VENCLEXTA TABS 10mg	4	QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 50mg	5	QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
VENCLEXTA TABS 100mg	5	QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TAB START PK	5	QL (42 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	5	NM, LA, PA
VITRAKVI CAPS 25mg, 100mg; SOLN 20mg/ml	5	NM, LA, PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	5	NM, LA, PA
VOTRIENT TABS 200mg	5	NM, LA, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg	5	NM, LA, PA
XOSPATA TABS 40mg	5	NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	5	NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	5	NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 60mg	5	NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	5	NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	NM, LA, PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 50mg	5	NM, LA, PA
ZEJULA CAPS 100mg	5	NM, LA, PA
ZELBORAF TABS 240mg	5	NM, LA, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
ZOLINZA CAPS 100mg	5	NM, PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	5	NM, LA, PA
ZYKADIA TABS 150mg	5	NM, LA, PA

PROTECTIVE AGENTS

<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	4	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg	3	
<i>leucovorin calcium</i> TABS 15mg, 25mg	4	
MESNEX TABS 400mg	5	

CARDIOVASCULAR

ACE INHIBITOR COMBINATIONS

<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 5-6.25MG	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	
ACE INHIBITORS		
<i>benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>enalapril maleate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>lisinopril</i> 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		
<i>eplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	3	
<i>spironolactone</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
ALPHA BLOCKERS		
<i>doxazosin mesylate</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	2	
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	3	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	1	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 10mg	2	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 5-20 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 5-40 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 10-20 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 10-40 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 5-160 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-320-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 24-26MG	3	
ENTRESTO TAB 49-51MG	3	
ENTRESTO TAB 97-103MG	3	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 35

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>olmesartan medoxomil</i> TABS 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan</i> TABS 40mg, 80mg, 160mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan</i> TABS 320mg	1	QL (30 tabs / 30 days)

ANTIARRHYTHMICS

<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml	2	
<i>amiodarone hcl</i> TABS 100mg, 400mg	4	
<i>amiodarone hcl</i> TABS 200mg	1	
<i>disopyramide phosphate</i> CAPS 100mg, 150mg	4	
<i>dofetilide</i> CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	4	NM
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	3	
MULTAQ TABS 400mg	4	
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	4	
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 400mg	4	
<i>pacerone</i> TABS 200mg	1	
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg	4	
<i>propafenone hcl</i> TABS 150mg, 225mg, 300mg	3	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	2	
<i>sorine</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	2	
<i>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	2	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	3	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	3	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	1	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	4	
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm	4	
<i>colestipol hcl</i> TABS 1gm	3	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	3	
JUXTAPID CAPS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	5	NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
PRALUENT SOAJ 75mg/ml, 150mg/ml	3	NM, PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	4	

BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS

<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	2	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	2	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	2	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	2	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	2	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	3	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	3	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	3	

BETA-BLOCKERS

<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	2	
<i>atenolol</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	2	
BYSTOLIC TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
BYSTOLIC TABS 20mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>carvedilol</i> TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>labetalol hcl</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg	3	
<i>metoprolol succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml	3	
<i>metoprolol tartrate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	3	
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	3	
<i>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; 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		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg	4	
<i>diltiazem hcl</i> SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml	3	
<i>diltiazem hcl</i> TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	2	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 360mg	4	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	2	
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	3	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	4	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	3	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	4	
NYMALIZE SOLN 6mg/ml	5	
<i>taztia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	2	
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml	4	
<i>verapamil hcl</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	
<i>verapamil hcl</i> TABS 40mg, 80mg, 120mg	1	
<i>verapamil hcl</i> TBCR 120mg, 180mg, 240mg	2	
DIURETICS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	4	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	2	
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	2	
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	3	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	2	

PA - Autorización previa QL - Cantidades límite ST - Terapia escalonada NM - No disponible para venta por correo B/D - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare LA - Acceso limitado 40

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>furosemide</i> SOLN 8mg/ml, 10mg/ml	2	
<i>furosemide</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	3	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	2	
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	4	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	3	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab</i> 25-25 mg	3	
<i>torseamide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	2	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg	1	
MISCELLANEOUS		
ADRENALIN SOLN 1mg/ml	4	
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	4	
<i>clonidine</i> PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	4	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 7.5mg	4	
<i>digitek</i> TABS .125mg, .25mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>digox</i> TABS 125mcg, 250mcg	2	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 41

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	4	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg	5	QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg	5	QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	3	PA; PA if 70 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml	4	
<i>hydralazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	2	
METHYLDOPA TABS 250mg, 500mg	2	PA; PA if 70 years and older
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	5	PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg	3	
<i>midodrine hcl</i> TABS 10mg	4	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	2	
NORTHERA CAPS 100mg	5	QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
NORTHERA CAPS 200mg, 300mg	5	QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	4	
NITRATES		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	3	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>minitran</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr	3	
NITRO-BID OINT 2%	3	
NITRO-DUR PT24 .3mg/hr, .8mg/hr	4	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	3	

PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION

ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>bosentan</i> TABS 125mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OPSUMIT TABS 10mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	3	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	NM, LA, PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	5	NM, PA

CENTRAL NERVOUS SYSTEM

ANTI-ANXIETY

<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	2	QL (150 tabs / 30 days)
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	1	
<i>buspirone hcl</i> TABS 7.5mg, 30mg	3	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	3	QL (150 mL / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 43

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	2	
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	3	QL (150 mL / 30 days)

ANTICONVULSANTS

APTIOM TABS 200mg, 400mg, 600mg, 800mg	5	QL (60 tabs / 30 days)
BANZEL TABS 200mg, 400mg	5	PA
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	5	QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	4	PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	5	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; TABS 200mg	3	
<i>carbamazepine</i> CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TB12 100mg, 200mg, 400mg	4	
CELONTIN CAPS 300mg	4	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	4	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg	2	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TBDP 2mg	3	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	3	QL (90 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	4	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg, 500mg; PACK 250mg, 500mg	5	NM, LA, PA
<i>diazepam</i> CONC 5mg/ml	3	QL (240 mL / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	3	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	2	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	4	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	4	
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	4	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	4	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	4	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg	4	
<i>divalproex sodium</i> TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	3	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	5	QL (600 mL / 30 days), NM, LA, PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	3	
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg	4	
<i>ethosuximide</i> SOLN 250mg/5ml	3	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	5	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>felbamate</i> TABS 400mg, 600mg	4	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	5	QL (360 mL / 30 days), NM, LA, PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	5	QL (720 mL / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 2mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg	5	QL (60 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 8mg, 10mg, 12mg	5	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg	2	QL (1080 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> CAPS 300mg	2	QL (360 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg	2	QL (270 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml	3	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	3	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg	3	
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	4	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	3	
<i>levetiracetam</i> SOLN 500mg/5ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	4	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> TABS 150mg, 300mg, 600mg	3	
PEGANONE TABS 250mg	4	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	4	PA; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	3	PA; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	4	PA; PA if 70 years and older
PHENYTEK CAPS 200mg, 300mg	4	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	3	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	3	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	3	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	QL (120 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg	3	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg	3	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml	4	QL (900 mL / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>primidone</i> TABS 50mg, 250mg	2	
<i>roweepra</i> TABS 500mg	3	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml; TABS 200mg, 400mg	5	PA
SPRITAM TB3D 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg	4	
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
SYMPAZAN FILM 5mg	4	QL (60 films / 30 days), PA
SYMPAZAN FILM 10mg, 20mg	5	QL (60 films / 30 days), PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	4	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg	3	
<i>topiramate</i> 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	3	
VALTOCO LIQD 5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml; LQPK 7.5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml	4	
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	5	QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	5	QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	5	QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
VIMPAT SOLN 10mg/ml	5	QL (1200 mL / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
VIMPAT SOLN 200mg/20ml	5	
VIMPAT TABS 50mg	4	QL (120 tabs / 30 days)
VIMPAT TABS 100mg, 150mg, 200mg	5	QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 50mg	5	QL (90 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 100mg, 150mg, 200mg	5	QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	4	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	5	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-200MG	5	QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	5	QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	5	QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	5	QL (28 tabs / 28 days)
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	

ANTIDEMENTIA

<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	2	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	3	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	4	
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml	4	PA; PA if < 30 yrs
<i>memantine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	PA; PA if < 30 yrs
NAMZARIC CAP 7-10MG	4	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
NAMZARIC CAP 14-10MG	4	
NAMZARIC CAP 21-10MG	4	
NAMZARIC CAP 28-10MG	4	
NAMZARIC CAP PACK	4	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	4	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg	4	QL (90 caps / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 4.5mg, 6mg	4	QL (60 caps / 30 days)
ANTIDEPRESSANTS		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg; TB24 150mg, 300mg	3	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg	2	
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml	3	
<i>citalopram hydrobromide</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	4	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	4	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	4	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg; CONC 10mg/ml	3	
<i>doxepin hcl</i> CAPS 150mg	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 50

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	4	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg	3	QL (60 caps / 30 days)
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	5	QL (30 patches / 30 days), PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	4	
<i>escitalopram oxalate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	4	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	4	QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP TITRATIO	4	PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg	1	
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 40mg	2	
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	3	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	2	
MARPLAN TABS 10mg	4	QL (180 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	3	
<i>mirtazapine</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	2	
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	4	
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml	4	QL (900 mL / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	
PAXIL SUSP 10mg/5ml	4	QL (900 mL / 30 days)
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	3	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	4	
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml	3	
<i>sertraline hcl</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	4	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg	4	QL (240 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 50mg	4	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	4	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg	4	QL (120 tabs / 30 days)
TRINTELLIX TABS 10mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
TRINTELLIX TABS 20mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3	
VIIBRYD TABS 10mg, 20mg, 40mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
VIIBRYD KIT STARTER	4	
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	3	QL (120 caps / 30 days)
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml	2	
<i>amantadine hcl</i> TABS 100mg	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
APOKYN SOCT 30mg/3ml	5	QL (20 cartridges / 30 days), NM, LA, PA
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	4	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	3	PA; PA if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	4	
CARB/LEVO ORALLY DISINTEGRATING TAB 10-100MG	4	
CARB/LEVO ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-100MG	4	
CARB/LEVO ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-250MG	4	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	2	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	2	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	3	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	4	
<i>entacapone TABS 200mg</i>	4	
KYNMOBI FILM 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	QL (150 films / 30 days), NM, PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	4	
<i>pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg</i>	1	
<i>rasagiline mesylate TABS 1mg</i>	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rasagiline mesylate TABS .5mg</i>	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>	2	
<i>selegiline hcl CAPS 5mg</i>	4	
<i>selegiline hcl TABS 5mg</i>	3	
<i>trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg</i>	3	PA; PA if 70 years and older
ANTIPSYCHOTICS		
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg; SRER 300mg, 400mg	5	QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole SOLN 1mg/ml</i>	5	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg</i>	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole TBDP 10mg, 15mg</i>	5	QL (60 tabs / 30 days)
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	5	QL (1 injection / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	5	QL (1 injection / 56 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5	
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 42mg	4	QL (30 caps / 30 days)
<i>chlorpromazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR CONC 30mg/ml, 100mg/ml	4	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	3	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	4	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	4	QL (135 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	4	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	4	QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	5	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	5	QL (135 tabs / 30 days), PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	5	QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT PAK	4	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	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	3	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	3	
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	4	QL (1 injection / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	5	QL (1 injection / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.875ml, 410mg/1.315ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.625ml	5	QL (1 injection / 90 days)
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
LATUDA TABS 80mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	4	
NUPLAZID CAPS 34mg	5	QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
NUPLAZID TABS 10mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	4	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	4	QL (60 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg	5	QL (1 injection / 30 days)
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	4	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	3	
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	4	QL (30 tabs / 30 days), PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg	4	QL (2 injections / 28 days)
RISPERDAL CONSTA SRER 37.5mg, 50mg	5	QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	3	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	4	QL (90 tabs / 30 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	4	QL (30 patches / 30 days)
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	4	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	5	QL (600 mL / 30 days), PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg	5	QL (60 caps / 30 days), PA
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	5	QL (30 caps / 30 days), PA
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	4	PA
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	4	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	4	QL (6 injections / 3 days)
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg	4	QL (2 vials / 28 days), PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg	5	QL (2 vials / 28 days), PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg	5	QL (1 vial / 28 days), PA

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	3	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	4	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	4	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	3	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 10mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	3	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>metadate er TBCR 20mg</i>	4	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i>	4	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml</i>	4	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl TABS 5mg, 10mg</i>	3	QL (180 tabs / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 59

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg	3	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TBCR 10mg, 20mg	4	QL (90 tabs / 30 days), PA

HYPNOTICS

BELSOMRA TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep)</i> TABS 3mg, 6mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
HETLIOZ CAPS 20mg	5	NM, LA, PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg	4	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	4	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>temazepam</i> CAPS 30mg	4	QL (30 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	2	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year

MIGRAINE

AIMOVIQ SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	3	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	5	
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	5	QL (8 mL / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	3	
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	3	QL (12 tabs / 30 days)
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	3	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	4	QL (24 inhalers / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	4	QL (12 inhalers / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	4	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	4	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	2	QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	5	QL (16 tabs / 30 days), PA
<i>zolmitriptan</i> TABS 2.5mg, 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg	4	QL (12 tabs / 30 days)
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
INGREZZA CAPS 40mg, 60mg, 80mg	5	QL (30 caps / 30 days), NM, PA
INGREZZA CAP 40-80MG	5	QL (28 caps / 28 days), NM, PA
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	4	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg	1	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>lithium carbonate</i> TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	2	
LYRICA CR TB24 82.5mg, 165mg, 330mg	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
NUEDEXTA CAP 20-10MG	4	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin (once-daily)</i> TB24 82.5mg, 165mg, 330mg	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	3	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	4	
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, PA

MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS

BETASERON KIT .3mg	5	QL (14 syringes / 28 days), NM, PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	3	NM, PA
GILENYA CAPS .5mg	5	QL (28 caps / 28 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	5	QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	5	QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	5	QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	5	QL (12 syringes / 28 days), NM, PA

MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS

<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	3	
---------------------------------	---	--

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	PA; PA if 70 years and older
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	4	
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	2	
NARCOLEPSY/CATAPLEXY		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg	3	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA
XYREM SOLN 500mg/ml	5	QL (540 mL / 30 days), NM, LA, PA
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	4	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	3	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	4	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	4	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	4	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	4	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	3	
CHANTIX TABS .5mg, 1mg	4	PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
CHANTIX CONTINUING MONTH TABS 1mg	4	PA
CHANTIX PAK 0.5& 1MG	4	PA
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	3	
<i>naloxone hcl</i> SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	2	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	3	
NARCAN LIQD 4mg/0.1ml	3	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	4	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	
VIVITROL SUSR 380mg	5	NM

ENDOCRINE AND METABOLIC

ANDROGENS

ANDRODERM PT24 2mg/24hr, 4mg/24hr	4	QL (30 patches / 30 days), PA
<i>oxandrolone</i> TABS 2.5mg	3	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>oxandrolone</i> TABS 10mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	4	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	3	PA

ANTIDIABETICS

<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml	3	QL (4 pens / 28 days)
BYDUREON PEN PEN 2mg	3	QL (4 pens / 28 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml	4	QL (1 pen / 30 days)
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 4mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 5mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 10mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	3	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 25mg	3	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
JENTADUETO TAB 2.5-500	3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg	1	QL (75 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	1	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	1	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	3	QL (1 pen / 28 days)
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	3	QL (2 pens / 28 days)
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	3	QL (1 pen / 28 days)
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS 2mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-500MG	3	QL (120 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-500	3	QL (60 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 66

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 10-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 25-1000	3	QL (30 tabs / 30 days)
TRADJENTA TABS 5mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	3	QL (4 pens / 28 days)
VICTOZA SOPN 18mg/3ml	3	QL (3 pens / 30 days)
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-500MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-500MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-1000	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ANTIDIABETICS, INSULINS</i>		
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	3	
BD ALCOHOL SWABS	3	
FIASP FLEX INJ TOUCH	3	
FIASP INJ 100/ML	3	
FIASP PENFIL INJ U-100	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
GAUZE PADS 2" X 2"	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	5	B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	5	
INSULIN SAFETY NEEDLES	3	
INSULIN SYRINGES: BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC	3	
LEVEMIR SOLN 100unit/ml	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	3	
NOVOLIN INJ 70/30	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	3	(brand RELION not covered)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
OMNIPOD KIT STARTER	4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD MIS 5 PACK	4	QL (10 boxes / 30 days), PA
PEN NEEDLES: NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/TRIVIDIA	3	
SOLIQUA INJ 100/33	3	QL (10 pens / 30 days)
TRESIBA SOLN 100unit/ml	3	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	3	
V-GO 20 KIT	4	QL (1 kit / 30 days), PA
V-GO 30 KIT	4	QL (1 kit / 30 days), PA
V-GO 40 KIT	4	QL (1 kit / 30 days), PA
XULTOPHY INJ 100/3.6	3	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	3	B/D
FORTEO SOPN 620mcg/2.48ml	5	NM, PA
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	3	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	5	NM, PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml; SOLR 30mg, 90mg	3	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
PROLIA SOSY 60mg/ml	4	QL (1 injection / 180 days), NM
TYMLOS SOPN 3120mcg/1.56ml	5	NM, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	5	NM, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	4	B/D, NM

CHELATING AGENTS

CHEMET CAPS 100mg	4	
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 90mg, 180mg, 360mg	5	NM, PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	5	NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	3	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	3	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	5	NM, PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	4	PA

CONTRACEPTIVES

<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>	3	
<i>aubra eq</i>	2	
<i>aurovela 1/20</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	2	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 70

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>aurovela fe 1/20</i>	2	
<i>aviane</i>	2	
<i>ayuna</i>	2	
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<i>bekyree</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	2	
<i>briellyn</i>	3	
<i>camila TABS .35mg</i>	2	
<i>caziant</i>	3	
<i>chateal</i>	2	
<i>cryselle-28</i>	2	
<i>cyclafem 1/35</i>	2	
<i>cyclafem 7/7/7</i>	2	
<i>cyred eq</i>	2	
<i>dasetta 1/35</i>	2	
<i>dasetta 7/7/7</i>	2	
<i>deblitane TABS .35mg</i>	2	
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	3	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	3	
<i>elinest</i>	2	
ELLA TABS 30mg	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>emoquette</i>	2	
<i>enpresse-28</i>	2	
<i>enskyce</i>	2	
errin TABS .35mg	2	
<i>estarylla</i>	2	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	3	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	3	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr</i>	4	
<i>falmina</i>	2	
<i>femynor</i>	2	
<i>gianvi</i>	3	
<i>hailey 1.5/30</i>	3	
<i>heather</i> TABS .35mg	2	
<i>iclevia</i>	3	
<i>incassia</i> TABS .35mg	2	
<i>introvale</i>	3	
<i>isibloom</i>	2	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>jasmiel</i>	3	
<i>jolessa</i>	3	
<i>juleber</i>	2	
<i>junel 1.5/30</i>	3	
<i>junel 1/20</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30</i>	2	
<i>junel fe 1/20</i>	2	
<i>kariva</i>	3	
<i>kelnor 1/35</i>	3	
<i>kelnor 1/50</i>	3	
<i>kurvelo</i>	2	
<i>larin 1.5/30</i>	3	
<i>larin 1/20</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30</i>	2	
<i>larin fe 1/20</i>	2	
<i>larissia</i>	2	
<i>leena</i>	3	
<i>lessina</i>	2	
<i>levonest</i>	2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	3	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	2	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	2	
<i>levora 0.15/30-28</i>	2	
<i>lillow</i>	2	
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	3	
<i>loestrin 1/20-21</i>	3	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	2	
<i>loestrin fe 1/20</i>	2	
<i>loryna</i>	3	
<i>low-ogestrel</i>	2	
<i>lutra</i>	2	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	2	
<i>lyza TABS .35mg</i>	2	
<i>marlissa</i>	2	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	3	
<i>microgestin 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin 1/20</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	2	
<i>microgestin fe 1/20</i>	2	
<i>mili</i>	2	
<i>mono-linyah</i>	2	
<i>necon 0.5/35-28</i>	3	
<i>nikki</i>	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>nora-be</i> TABS .35mg	2	
<i>norethindrone (contraceptive)</i> TABS .35mg	2	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	3	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	3	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	2	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	2	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	3	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>norlyroc</i> TABS .35mg	2	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	2	
<i>nortrel 7/7/7</i>	2	
<i>nylia 7/7/7</i>	2	
<i>nymyo</i>	2	
<i>ocella</i>	3	
<i>orsythia</i>	2	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtrea</i>	3	
<i>pirmella 1/35</i>	2	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>portia-28</i>	2	
<i>previfem</i>	2	
<i>reclipsen</i>	2	
<i>setlakin</i>	3	
<i>sharobel</i> TABS .35mg	2	
<i>simliya</i>	3	
<i>sprintec 28</i>	2	
<i>sronyx</i>	2	
<i>syeda</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	2	
<i>tilia fe</i>	3	
<i>tri-estarylla</i>	2	
<i>tri-legest fe</i>	3	
<i>tri-linyah</i>	2	
<i>tri-lo-estarylla</i>	3	
<i>tri-lo-marzia</i>	3	
<i>tri-lo-mili</i>	3	
<i>tri-lo-sprintec</i>	3	
<i>tri-mili</i>	2	
<i>tri-nymyo</i>	2	
<i>tri-previfem</i>	2	
<i>tri-sprintec</i>	2	
<i>tri-vylibra</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>tri-vylibra lo</i>	3	
<i>trivora-28</i>	2	
<i>tulana</i> TABS .35mg	2	
<i>velivet</i>	3	
<i>vestura</i>	3	
<i>vienva</i>	2	
<i>viorele</i>	3	
<i>vyfemla</i>	3	
<i>vylibra</i>	2	
<i>wera</i>	3	
<i>xulane</i>	4	
<i>zafemy</i>	4	
<i>zarah</i>	3	
<i>zovia 1/35e</i>	3	
<i>zumandimine</i>	3	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	4	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	5	
ESTROGENS		
<i>amabelz</i>	3	
DELESTROGEN OIL 10mg/ml	4	
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>estradiol</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	3	
<i>estradiol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	3	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	3	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm	3	
<i>estradiol vaginal</i> TABS 10mcg	4	
<i>estradiol valerate</i> OIL 20mg/ml, 40mg/ml	4	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	3	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	3	
<i>jinteli</i>	3	
<i>lopreeza</i>	3	
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
<i>mimvey</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	3	
<i>yuvafem</i> TABS 10mcg	4	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>cortisone acetate</i> TABS 25mg	4	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	3	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml	3	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	2	
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	3	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPK 4mg	2	
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	3	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	3	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	2	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 25mg/5ml	3	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	2	B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	3	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	4	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
GLUCOSE ELEVATING AGENTS		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	5	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	5	NM, LA, PA
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	3	
CARBAGLU TABS 200mg	5	NM, LA, PA
CERDELGA CAPS 84mg	5	NM, PA
CEREZYME SOLR 400unit	5	NM, LA, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg	4	B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 60mg	5	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	5	B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CYSTADANE POW	5	NM, LA
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4	NM, LA, PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	5	
<i>desmopressin acetate</i> 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, LA, PA
GENOTROPIN SOLR 5mg, 12mg	5	NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 80

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
GENOTROPIN MINIQUICK SOLR .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	5	NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	5	NM, LA, PA
KORLYM TABS 300mg	5	NM, LA, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	4	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	5	NM, LA, 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
<i>miglustat</i> CAPS 100mg	5	QL (90 caps / 30 days), NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	5	NM, LA, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg	5	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml	4	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml	5	NM, PA
OSPHENA TABS 60mg	3	PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	3	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	5	NM, LA, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5	NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	5	NM, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	NM, LA, PA
STIMATE SOLN 1.5mg/ml	5	NM

PHOSPHATE BINDER AGENTS

AURYXIA TABS 210mg	5	QL (360 tabs / 30 days), PA
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg	3	QL (360 caps / 30 days)
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg	4	QL (360 tabs / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm	5	QL (180 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK .8gm	5	QL (540 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> TABS 800mg	4	QL (540 tabs / 30 days)

PROGESTINS

<i>medroxyprogesterone acetate</i> 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	

THYROID AGENTS

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

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	2	
<i>liothyronine sodium</i> 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> 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</i> SOLN 1mcg/ml	4	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	4	B/D
RAYALDEE CPR 30mcg	5	

GASTROINTESTINAL ANTIEMETICS

<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	4	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	4	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	4	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	4	B/D, QL (60 caps / 30 days)
EMEND SUSR 125mg/5ml	4	B/D
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	3	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	4	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	2	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml	3	
<i>metoclopramide hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	3	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> TABS 4mg, 8mg, 24mg	3	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	4	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	4	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	2	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	3	PA; PA if 70 years and older
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	4	QL (10 patches / 30 days), PA; PA if 70 years and older
ANTISPASMODICS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg	3	
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg, 2mg	3	
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	3	
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml	4	QL (300 mL / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 20mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 40mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml	3	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	3	
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	3	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	4	
<i>budesonide</i> TB24 9mg	5	
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	4	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	4	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	4	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	4	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	4	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	4	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg	2	
<i>sulfasalazine</i> TBEC 500mg	3	
LAXATIVES		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	2	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	3	
GOLYTELY SOL	3	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	3	
NULYTELY SOL LMN/LIME	3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	2	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	2	
PLENVU SOL	4	
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	4	
MISCELLANEOUS		
<i>alosetron hcl</i> TABS 1mg	5	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	3	
GATTEX KIT 5mg	5	NM, LA, PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	4	QL (30 caps / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 86

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	3	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	3	
MOVANTIK TABS 12.5mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
MOVANTIK TABS 25mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	5	PA
<i>sucrafate</i> TABS 1gm	3	
TRULANCE TABS 3mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg	3	
<i>ursodiol</i> TABS 250mg, 500mg	4	
XIFAXAN TABS 550mg	5	PA

PANCREATIC ENZYMES

CREON CAP 3000UNIT	3	
CREON CAP 6000UNIT	3	
CREON CAP 12000UNT	3	
CREON CAP 24000UNT	3	
CREON CAP 36000UNT	3	
ZENPEP CAP 3000UNIT	4	
ZENPEP CAP 5000UNIT	4	
ZENPEP CAP 10000UNT	4	
ZENPEP CAP 15000UNT	4	
ZENPEP CAP 20000UNT	4	
ZENPEP CAP 25000	4	
ZENPEP CAP 40000	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>PROTON PUMP INHIBITORS</i>		
DEXILANT CPDR 30mg, 60mg	4	QL (30 caps / 30 days)
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	4	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	3	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg	4	
<i>pantoprazole sodium</i> TBEC 20mg, 40mg	1	

GENITOURINARY

BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	3	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1	
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	2	

MISCELLANEOUS

<i>acetic acid</i> SOLN .25%	2	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	4	

URINARY ANTISPASMODICS

MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	4	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> SYRP 5mg/5ml; TABS 5mg	3	
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	3	QL (30 tabs / 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	4	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	4	QL (60 tabs / 30 days), ST
TOVIAZ TB24 4mg, 8mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tropium chloride</i> TABS 20mg	3	QL (60 tabs / 30 days)

VAGINAL ANTI-INFECTIVES

<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	3	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	3	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	3	
<i>vandazole</i> GEL .75%	3	

HEMATOLOGIC

ANTICOAGULANTS

ELIQUIS TABS 2.5mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	3	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	3	QL (74 tabs / 30 days)
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 300mg/3ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	5	
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D
<i>heparin sodium (porcine)</i> 100 unit/ml in d5w	3	
<i>heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol</i> 20000 unit/500ml-5%	3	
<i>heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol</i> 25000 unit/500ml-5%	3	
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	3	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
PRADAXA CAPS 75mg, 150mg	4	QL (60 caps / 30 days)
PRADAXA CAPS 110mg	4	QL (120 caps / 30 days)
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
XARELTO TABS 2.5mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	3	QL (51 tabs / 30 days)
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
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		
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	4	
BERINERT KIT 500unit	5	QL (24 boxes / 30 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 90

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	2	
DOPTELET TABS 20mg	5	NM, LA, PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	3	
ENDARI PACK 5gm	5	NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	5	QL (30 vials / 30 days), NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	5	QL (20 vials / 30 days), NM, LA, PA
<i>icatibant acetate</i> SOLN 30mg/3ml	5	QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	2	
PROMACTA PACK 12.5mg	5	QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA PACK 25mg	5	QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>sajazir</i> SOLN 30mg/3ml	5	QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml	4	
<i>tranexamic acid</i> TABS 650mg	3	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	4	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	4	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	1	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	3	PA; PA if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	

IMMUNOLOGIC AGENTS

AUTOIMMUNE AGENTS

ENBREL SOLN 25mg/0.5ml; SOLR 25mg	5	QL (16 vials / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	5	QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	5	QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	5	QL (8 injections / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	5	QL (8 injections / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml	5	QL (2 injections / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml	5	QL (6 injections / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.8ml	5	QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	5	NM, PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	5	NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml	5	QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	5	NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	5	NM, PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	5	NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	5	NM, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	5	NM, LA, PA
RINVOQ TB24 15mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
SKYRIZI PSKT 75mg/0.83ml	5	QL (7 kits / year), NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	5	QL (7 syringes / year), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	5	QL (7 pens / year), NM, PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	5	QL (1 vial / 28 days), NM, LA, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	5	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml	5	QL (3 syringes / 28 days), NM, LA, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	5	QL (240 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)</i>		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	3	
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4	B/D

IMMUNOGLOBULINS

BIVIGAM SOLN 5gm/50ml	5	NM, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/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 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, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 25gm/500ml, 30gm/300ml	5	NM, PA
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 2000000unit/0.5ml	5	NM, LA, PA
ARCALYST SOLR 220mg	5	NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
INTRON A SOLN 10mu/ml, 6000000unit/ml; SOLR 10mu, 18mu, 50mu	5	B/D, NM
IMMUNOSUPPRESSANTS		
<i>azathioprine</i> TABS 50mg	3	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOLR 120mg, 400mg; SOSY 200mg/ml	5	NM, PA
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	4	B/D, NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .5mg, .75mg	5	B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg	4	B/D, NM
<i>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	3	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	5	B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> 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	5	NM, LA, PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	3	B/D, NM
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml; TABS 2mg	5	B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg	4	B/D, NM

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	4	B/D, NM
ZORTRESS TABS 1mg	5	B/D, NM

VACCINES

ACTHIB INJ	3	
ADACEL INJ	3	
BCG VACCINE INJ	3	
BEXSERO INJ	3	
BOOSTRIX INJ	3	
DAPTACEL INJ	3	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	3	B/D
ENGERIX-B SUSP 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	3	B/D
GARDASIL 9 INJ	3	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	3	
HIBERIX SOLR 10mcg	3	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INJ 2.5unit/ml	3	B/D
INFANRIX INJ	3	
IPOL INJ INACTIVE	3	
IXIARO INJ	3	
KINRIX INJ	3	
M-M-R II INJ	3	
MENACTRA INJ	3	
MENQUADFI INJ	3	
MENVEO INJ	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
PEDIARIX INJ 0.5ML	3	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	3	
PENTACEL INJ	3	
PROQUAD INJ	3	
QUADRACEL INJ	3	
RABAVERT INJ	3	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml	3	B/D
ROTARIX SUS	3	
ROTATEQ SOL	3	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	3	QL (2 vials per lifetime)
TDVAX INJ 2-2 LF	3	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	3	B/D
TRUMENBA INJ	3	
TWINRIX INJ	3	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml	3	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	3	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	3	
YF-VAX INJ	3	
ZOSTAVAX SUSR 19400unt/0.65ml	3	QL (1 vial per lifetime)

NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS

ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE

D2.5W/NAACL INJ 0.45%	3	
D5W/LYTES INJ #48	4	
D5W/NAACL INJ 0.3%	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 97

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
D10W/NACL INJ 0.2%	3	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	3	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	3	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	3	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	3	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	3	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	3	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	3	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	3	
ISOLYTE-P INJ /D5W	4	
ISOLYTE-S INJ	4	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2	4	
<i>lactated ringer's solution</i>	3	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	3	
<i>magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	3	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	3	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	3	
PLASMA-LYTE INJ -148	4	
PLASMA-LYTE INJ -A	4	
POT CHL/NACL INJ 20MEQ/L	3	
POT CHL/NACL INJ 40MEQ/L	3	
<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml</i>	3	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	4	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	3	
<i>sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	3	
TPN ELECTROL INJ	4	B/D
<i>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</i>		
<i>klor-con PACK 20meq</i>	4	
<i>klor-con 8 TBCR 8meq</i>	2	
<i>klor-con 10 TBCR 10meq</i>	2	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 99

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	2	
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	2	
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	2	
M-NATAL PLUS TAB	3	
PNV FOLIC AC TAB + IRON	3	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq	3	
<i>potassium chloride</i> PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	4	
<i>potassium chloride</i> TBCR 8meq, 10meq, 20meq	2	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 10meq, 15meq, 20meq	2	
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	3	
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	3	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	2	
TRICARE TAB PRENATAL	3	

IV NUTRITION

AMINOSYN-PF INJ 7%	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

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
CLINIMIX INJ 8/14	4	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	4	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	3	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	3	B/D
FREAMINE HBC INJ 6.9%	4	B/D
FREAMINE III INJ 10%	4	B/D
<i>hepatamine</i>	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%	4	B/D
PROCALAMINE INJ 3%	4	B/D
PROSOL INJ 20%	4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	4	B/D

OPHTHALMIC

ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY

<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	3	
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	4	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	4	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	2	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	3	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	4	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	3	
ANTI-INFECTIVES		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	3	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	2	
BESIVANCE SUSP .6%	3	
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>gentak OINT .3%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	2	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	3	
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) SOLN .3%</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln</i> 10000 unit/ml-0.1%	2	
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> OINT 10%; SOLN 10%	3	
<i>tobramycin (ophth)</i> SOLN .3%	2	
<i>trifluridine</i> SOLN 1%	4	
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTI-INFLAMMATORIES		
ALREX SUSP .2%	3	
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> SOLN .09%	4	
BROMSITE SOLN .075%	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	3	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	2	
DUREZOL EMUL .05%	3	
FLAREX SUSP .1%	4	
<i>fluorometholone (ophth)</i> SUSP .1%	3	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	3	
ILEVRO SUSP .3%	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .5%	2	
LOTEMAX OINT .5%	3	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	3	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
PROLENSA SOLN .07%	3	
ANTIALLERGICS		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	3	
<i>bepotastine besilate</i> SOLN 1.5%	3	
BEPREVE SOLN 1.5%	3	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	1	
LASTACAFT SOLN .25%	4	
<i>olopatadine hcl</i> SOLN .2%	3	
PAZEO SOLN .7%	3	
ZERVIATE SOLN .24%	4	
ANTIGLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN .1%	3	
AZOPT SUSP 1%	3	
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	3	
BETOPTIC-S SUSP .25%	3	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	1	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%	4	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	3	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	2	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	2	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 22.3-6.8 mg/ml	2	
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	2	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	2	

PA - Autorización previa QL - Cantidades límite ST - Terapia escalonada NM - No disponible para venta por correo B/D - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare LA - Acceso limitado 104

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
LUMIGAN SOLN .01%	3	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	3	
RHOPRESSA SOLN .02%	3	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	3	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%	4	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLN .25%, .5%	1	
<i>timolol maleate (ophth) once-daily</i> SOLN .5%	4	
VYZULTA SOLN .024%	4	

MISCELLANEOUS

ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3	
CYSTADROPS SOLN .37%	5	NM, LA, PA
CYSTARAN SOLN .44%	5	NM, LA, PA
ISOPTO ATROPINE SOLN 1%	3	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	3	
RESTASIS EMUL .05%	3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	
XIIDRA SOLN 5%	3	

RESPIRATORY

ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS

ANORO ELLIPT AER 62.5-25	3	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	3	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	3	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	3	QL (4 inhalers / 28 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 105

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
COMBIVENT AER 20-100	4	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	3	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	3	QL (60 blisters / 30 days)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	3	QL (60 blisters / 30 days)
ANTICHOLINERGICS		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	4	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	3	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide SOLN .02%</i>	2	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	3	
ANTI-HISTAMINES		
<i>azelastine hcl SOLN .1%, .15%</i>	3	
<i>cetirizine hcl SOLN 1mg/ml</i>	2	
<i>cyproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg</i>	3	PA; PA if 70 years and older
<i>diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml</i>	3	
<i>hydroxyzine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml</i>	4	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl SYRP 10mg/5ml</i>	3	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg</i>	2	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine pamoate CAPS 25mg, 50mg</i>	2	PA; PA if 70 years and older

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 106

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	2	
BETA AGONISTS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	3	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	3	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	3	B/D
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%	2	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml	2	
<i>albuterol sulfate</i> TABS 2mg, 4mg	4	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	4	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	3	QL (2 inhalers / 30 days)
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	3	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	4	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	3	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	3	QL (6 inhalers / 30 days)
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg	2	
<i>montelukast sodium</i> PACK 4mg	4	
<i>montelukast sodium</i> TABS 10mg	1	

PA - Autorización previa QL - Cantidades límite ST - Terapia escalonada NM - No disponible para venta por correo B/D - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare LA - Acceso limitado 107

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	3	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	3	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5	NM, LA, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	3	B/D
DALIRESP TABS 250mcg, 500mcg	4	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	3	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	3	(generic of Adrenaclick)
ESBRIET CAPS 267mg	5	QL (270 caps / 30 days), NM, PA
ESBRIET TABS 267mg	5	QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
ESBRIET TABS 801mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
FASENRA SOSY 30mg/ml	5	NM, LA, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	5	NM, LA, PA
KALYDECO PACK 25mg, 50mg, 75mg	5	QL (56 packs / 28 days), NM, PA
KALYDECO TABS 150mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg	5	QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 100-125	5	QL (56 packs / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 150-188	5	QL (56 packs / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 108

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
ORKAMBI TAB 100-125	5	QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 200-125	5	QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	5	NM, LA, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	5	NM, PA
SYMDEKO TAB 50-75MG	5	QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
SYMDEKO TAB 100-150	5	QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	4	
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	4	
<i>theophylline</i> SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg	4	
<i>theophylline</i> TB24 400mg, 600mg	3	
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	5	QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	5	QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	5	NM, LA, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg	5	NM, LA, PA
NASAL STEROIDS		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	3	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	2	QL (1 bottle / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 109

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
STEROID INHALANTS		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	3	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	4	B/D
FLOVENT DISKUS AEPB 50mcg/blist	3	QL (180 inhalations / 30 days)
FLOVENT DISKUS AEPB 100mcg/blist, 250mcg/blist	3	QL (240 inhalations / 30 days)
FLOVENT HFA AERO 44mcg/act, 110mcg/act, 220mcg/act	3	QL (2 inhalers / 30 days)
PULMICORT FLEXHALER AEPB 90mcg/act	4	QL (3 inhalers / 30 days)
PULMICORT FLEXHALER AEPB 180mcg/act	4	QL (2 inhalers / 30 days)
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS		
ADVAIR DISKU AER 100/50	3	QL (60 inhalations / 30 days)
ADVAIR DISKU AER 250/50	3	QL (60 inhalations / 30 days)
ADVAIR DISKU AER 500/50	3	QL (60 inhalations / 30 days)
ADVAIR HFA AER 45/21	3	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	3	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	3	QL (1 inhaler / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	3	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	3	QL (60 blisters / 30 days)
SYMBICORT AER 80-4.5	3	QL (1 inhaler / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 110

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
SYMBICORT AER 160-4.5	3	QL (1 inhaler / 30 days)

TOPICAL

DERMATOLOGY, ACNE

<i>accutane</i> CAPS 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
<i>amnestem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	4	PA
<i>avita</i> CREA .025%; GEL .025%	4	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel</i> 5-3%	4	
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	3	QL (75 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1%	3	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery</i> PADS 2%	3	
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2%	3	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
<i>myorisan</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> LOTN 10%	4	
<i>tretinoin</i> CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%	4	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA

DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS

<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%	4	QL (30 gm / 30 days)
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> OINT .1%	3	
<i>mupirocin</i> OINT 2%	2	QL (220 gm / 30 days)
<i>silver sulfadiazine</i> CREA 1%	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>ssd</i> CREA 1%	2	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	4	
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%	3	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%	3	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	3	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	3	QL (30 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	3	QL (45 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical)</i> CREA 2%	3	QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	3	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	3	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	3	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	3	QL (60 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	4	PA
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005%	4	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005%	4	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i> OINT .005%	4	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> CREA .1%	3	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	4	QL (60 gm / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 112

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS		
<i>ketoconazole (topical)</i> SHAM 2%	2	QL (120 mL / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	2	
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort</i> CREA 1%	1	
<i>ala-cort</i> CREA 2.5%	2	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	3	
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; LOTN .05%	3	
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> OINT .05%	4	
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%	3	
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> GEL .05%; LOTN .05%; OINT .05%	4	
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; LOTN .1%; OINT .1%	3	
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	3	QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> GEL .05%	4	QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	3	QL (50 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	3	QL (60 gm / 30 days)
ENSTILAR AER	4	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01%, .025%; OINT .025%	3	
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01%	4	
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01%	4	QL (90 mL / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 113

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>fluocinonide</i> CREA .05%	3	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05%	4	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	3	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	3	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	3	
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	4	QL (50 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%	1	
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	2	
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	3	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .1%	2	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .5%; OINT .025%, .1%, .5%	2	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%	3	
<i>triderm</i> CREA .5%	2	
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
<i>glydo</i> PRSY 2%	3	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> OINT 5%	4	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	4	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> GEL 2%	3	QL (30 mL / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 114

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	3	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	3	QL (30 gm / 30 days), PA
<i>DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE</i>		
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1%	3	QL (1000 gm / 30 days), PA
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	4	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	3	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 2.5%	3	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	3	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%	2	
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> LOTN 12%	3	
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; LOTN .75%	4	
<i>metronidazole (topical)</i> GEL .75%	3	
PANRETIN GEL .1%	5	QL (60 gm / 30 days), PA
PICATO GEL .05%	4	QL (2 tubes / 30 days)
PICATO GEL .015%	4	QL (3 tubes / 30 days)
<i>podofilox</i> SOLN .5%	3	
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>procto-pak</i> CREA 1%	3	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	3	
RECTIV OINT .4%	4	QL (30 gm / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 115

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>rosadan</i> CREA .75%	4	
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	4	QL (100 gm / 30 days)
TARGRETIN GEL 1%	5	QL (60 gm / 30 days), NM, PA
VALCHLOR GEL .016%	5	QL (60 gm / 30 days), NM, LA, PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>malathion</i> LOTN .5%	4	
<i>permethrin</i> CREA 5%	3	
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
REGRANEX GEL .01%	5	QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	4	
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	3	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	2	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>cevimeline hcl</i> CAPS 30mg	4	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	1	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg	4	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	2	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	3	
<i>paroex</i> SOLN .12%	1	
<i>periogard</i> SOLN .12%	1	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado 116

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	3	
OTIC		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	3	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	3	
<i>flac</i> OIL .01%	4	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	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	

Indice de Medicamentos

A		AFINITOR	24
abacavir sulfate	9	AFINITOR DISPERZ	24
abacavir sulfate-lamivudine tab		afirmelle	70
600-300 mg	11	AIMOVIG	60
abacavir sulfate-lamivudine-		ala-cort	113
zidovudine tab 300-150-300 mg .	11	albendazole	4
ABELCET	7	albuterol sulfate	107
ABILIFY MAINTENA	54	alclometasone dipropionate	113
abiraterone acetate	21	ALDURAZYME	80
ABRAXANE INJ 100MG	23	ALECENSA	24
acamprosate calcium	63	alendronate sodium	69
acarbose	64	alfuzosin hcl	88
accutane	111	ALIMTA	21
acebutolol hcl	38	aliskiren fumarate	41
acetaminophen w/ codeine soln		allopurinol	1
120-12 mg/5ml	2	alose tron hcl	86
acetaminophen w/ codeine tab		ALPHAGAN P	104
300-15 mg	2	alprazolam	43
acetaminophen w/ codeine tab		ALREX	103
300-30 mg	2	altavera	70
acetaminophen w/ codeine tab		ALUNBRIG	24
300-60 mg	2	ALUNBRIG PAK	24
acetazolamide	40	alyacen 1/35	70
acetic acid	88	alyacen 7/7/7	70
acetic acid (otic)	117	amabelz	77
acetylcysteine	108	amantadine hcl	52
acitretin	112	AMBISOME	8
ACTHIB INJ	96	ambrisentan	43
ACTIMMUNE	94	amikacin sulfate	4
acyclovir	13	amiloride & hydrochlorothiazide tab	
acyclovir sodium	13	5-50 mg	40
ADACEL INJ	96	amiloride hcl	40
adefovir dipivoxil	13	AMINOSYN-PF INJ 7%	100
ADEMPAS	43	amiodarone hcl	36
ADRENALIN	41	amitriptyline hcl	50
adriamycin	20	amlodipine besylate	39
ADVAIR DISKU AER 100/50	110	amlodipine besylate-benazepril hcl	
ADVAIR DISKU AER 250/50	110	cap 10-20 mg	31
ADVAIR DISKU AER 500/50	110	amlodipine besylate-benazepril hcl	
ADVAIR HFA AER 115/21	110	cap 10-40 mg	31
ADVAIR HFA AER 230/21	110	amlodipine besylate-benazepril hcl	
ADVAIR HFA AER 45/21	110	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 33
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg 33
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg 33
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg 33
amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg 34
amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg 34
amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg 33
amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg 34
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-12.5 mg 34
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg 34
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-320-25 mg 34
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-12.5 mg 34
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-25 mg 34
amnestem 111
amoxapine 50
amoxicillin 17
amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg 17
amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg 17

amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml 17
amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml 17
amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml 17
amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml 17
amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg 18
amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg 18
amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg 18
amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg 18
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg 58
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg 58
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg 58
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg 58
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg 58
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg 58
amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg 59
amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg 59
amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg 59
amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg 59
amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg 59
amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg 58
amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg 59
amphotericin b 8
ampicillin 18

<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	18
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	18
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	18
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	18
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	18
<i>ampicillin sodium</i>	18
<i>anagrelide hcl</i>	90
<i>anastrozole</i>	21
ANDRODERM	64
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	105
APOKYN	53
<i>aprepitant</i>	83
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	83
<i>apri</i>	70
APTIOM	44
APTIVUS	9
ARALAST NP	108
<i>aranelle</i>	70
ARCALYST	94
<i>aripiprazole</i>	54
ARISTADA	54
ARISTADA INITIO	55
<i>armodafinil</i>	63
ARNUITY ELLIPTA	110
<i>asenapine maleate</i>	55
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	91
<i>atazanavir sulfate</i>	9
<i>atenolol</i>	38
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	38
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	38
<i>atomoxetine hcl</i>	59
<i>atorvastatin calcium</i>	37
<i>atovaquone</i>	4
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	9

<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	9
ATROPINE SULFATE	105
ATROVENT HFA	106
<i>aubra eq</i>	70
<i>aurovela 1/20</i>	70
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	70
<i>aurovela fe 1/20</i>	71
AURYXIA	82
AUSTEDO	61
AVASTIN	24
<i>aviane</i>	71
<i>avita</i>	111
<i>ayuna</i>	71
AYVAKIT	24
<i>azacitidine</i>	21
<i>azathioprine</i>	95
<i>azelastine hcl</i>	106
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	104
<i>azithromycin</i>	16
AZOPT	104
<i>aztreonam</i>	4
<i>azurette</i>	71

B

<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	102
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	102
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	101
<i>baclofen</i>	62
<i>balsalazide disodium</i>	85
BALVERSA	24
<i>balziva</i>	71
BANZEL	44
BARACLUDE	13
BASAGLAR KWIKPEN	67
BCG VACCINE INJ	96
BD ALCOHOL SWABS	67
<i>bekyree</i>	71
BELSOMRA	60
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	31
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	31

<i>benazepril & hydrochlorothiazide</i>		BREO ELLIPTA INH 100-25.....	110
<i>tab 20-25 mg</i>	32	BREO ELLIPTA INH 200-25.....	110
BENAZEPRIL &		BREZTRI AERO AER SPHERE	105
HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 5-		BREZTRI AERO AER SPHERE	
6.25MG	31	(INSTITUTIONAL PACK).....	105
<i>benazepril hcl</i>	32	<i>briellyn</i>	71
BENDEKA	20	BRILINTA	91
BENLYSTA	95	<i>brimonidine tartrate</i>	104
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel</i>		<i>brinzolamide</i>	104
<i>5-3%</i>	111	BRIVIACT	44
<i>benztropine mesylate</i>	53	<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	103
<i>bepotastine besilate</i>	104	<i>bromocriptine mesylate</i>	53
BEPREVE	104	BROMSITE	103
BERINERT	90	BRUKINSA	24
BESIVANCE	102	<i>budesonide</i>	85
<i>betamethasone dipropionate</i>		<i>budesonide (inhalation)</i>	110
<i>(topical)</i>	113	<i>bumetanide</i>	40
<i>betamethasone dipropionate</i>		<i>buprenorphine hcl</i>	63
<i>augmented</i>	113	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl</i>	
<i>betamethasone valerate</i>	113	<i>film 12-3 mg (base equiv)</i>	63
BETASERON	62	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl</i>	
<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	104	<i>film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	63
<i>bethanechol chloride</i>	88	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl</i>	
BETOPTIC-S	104	<i>film 4-1 mg (base equiv)</i>	63
BEVESPI AER 9-4.8MCG	105	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl</i>	
<i>bexarotene</i>	23	<i>film 8-2 mg (base equiv)</i>	63
BEXSERO INJ	96	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl</i>	
<i>bicalutamide</i>	21	<i>tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	63
BICILLIN L-A	18	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl</i>	
BIKTARVY TAB	11	<i>tab 8-2 mg (base equiv)</i>	63
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide</i>		<i>bupropion hcl</i>	50
<i>tab 10-6.25 mg</i>	38	<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide</i>		.....	63
<i>tab 2.5-6.25 mg</i>	38	<i>buspirone hcl</i>	43
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide</i>		<i>butorphanol tartrate</i>	3
<i>tab 5-6.25 mg</i>	38	BYDUREON BCISE	64
<i>bisoprolol fumarate</i>	38	BYDUREON PEN	64
BIVIGAM	94	BYETTA	65
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	101	BYSTOLIC	38
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	71		
BOOSTRIX INJ	96	C	
BORTEZOMIB	24	<i>cabergoline</i>	80
<i>bosentan</i>	43	CABOMETYX	24
BOSULIF	24	<i>calcipotriene</i>	112
BRAFTOVI	24	<i>calcitonin (salmon) spray</i>	69

<i>calcitrene</i>	112	<i>caziant</i>	71
<i>calcitriol</i>	83	<i>cefaclor</i>	15
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i>	82	CEFACTOR ER	15
CALQUENCE	24	<i>cefadroxil</i>	15
<i>camila</i>	71	CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	15
CAPLYTA	55	<i>cefazolin sodium</i>	15
CAPRELSA	24	CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	15
<i>captopril</i>	32	<i>cefdinir</i>	15
CARB/LEVO ORALLY DISINTEGRATING TAB 10-100MG	53	<i>cefepime hcl</i>	15
CARB/LEVO ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-100MG	53	<i>cefixime</i>	15
CARB/LEVO ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-250MG	53	<i>cefoxitin sodium</i>	15
CARBAGLU	80	<i>cefpodoxime proxetil</i>	15
<i>carbamazepine</i>	44	<i>cefprozil</i>	15
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100</i> <i>mg</i>	53	<i>ceftazidime</i>	15
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100</i> <i>mg</i>	53	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM.....	15
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250</i> <i>mg</i>	53	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM.....	15
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100</i> <i>mg</i>	53	<i>ceftriaxone sodium</i>	16
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200</i> <i>mg</i>	53	<i>cefuroxime axetil</i>	16
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> <i>tabs 12.5-50-200 mg</i>	53	<i>cefuroxime sodium</i>	16
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> <i>tabs 18.75-75-200 mg</i>	53	<i>celecoxib</i>	1
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> <i>tabs 25-100-200 mg</i>	53	CELONTIN	44
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> <i>tabs 31.25-125-200 mg</i>	53	<i>cephalexin</i>	16
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> <i>tabs 37.5-150-200 mg</i>	53	CERDELGA	80
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> <i>tabs 50-200-200 mg</i>	54	CEREZYME	80
<i>carboplatin</i>	20	<i>cetirizine hcl</i>	106
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	104	<i>cevimeline hcl</i>	116
<i>cartia xt</i>	39	CHANTIX	63
<i>carvedilol</i>	38	CHANTIX CONTINUING MONTH ...	64
<i>caspofungin acetate</i>	8	CHANTIX PAK 0.5& 1MG	64
CAYSTON	5	<i>chateal</i>	71
		CHEMET	70
		<i>chlorhexidine gluconate (mouth-</i> <i>throat)</i>	116
		<i>chloroquine phosphate</i>	9
		<i>chlorpromazine hcl</i>	55
		CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR 55	
		<i>chlorthalidone</i>	40
		<i>cholestyramine</i>	37
		<i>cholestyramine light</i>	37
		<i>ciclopirox olamine</i>	112
		<i>cilostazol</i>	91
		CILOXAN	102
		CIMDUO TAB 300-300	11
		<i>cinacalcet hcl</i>	80

CIPRO	17	clorazepate dipotassium	45
ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w	17	clotrimazole	116
ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w	17	clotrimazole (topical)	112
ciprofloxacin hcl	17	clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%	112
ciprofloxacin hcl (ophth)	102	clozapine	55
ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%	117	COARTEM TAB 20-120MG	9
cisplatin	20	colchicine	1
citalopram hydrobromide	50	colchicine w/ probenecid tab 0.5- 500 mg	1
claravis	111	colesevelam hcl	37
clarithromycin	16	colestipol hcl	37
clindamycin hcl	5	colistimethate sodium	5
clindamycin palmitate hydrochloride	5	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	104
clindamycin phosphate	5	COMBIVENT AER 20-100	106
clindamycin phosphate (topical)	111	COMETRIQ (60MG DOSE)	24
clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml	5	COMETRIQ KIT 100MG	25
clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml	5	COMETRIQ KIT 140MG	25
clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml	5	COMPLERA TAB	11
clindamycin phosphate vaginal ...	89	compro	83
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	5	constulose	85
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	5	COPIKTRA	25
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	5	CORLANOR	41
CLINIMIX INJ 4.25/D10	100	cortisone acetate	78
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	100	COTELLIC	25
CLINIMIX INJ 5%/D15W	100	CREON CAP 12000UNT	87
CLINIMIX INJ 5%/D20W	100	CREON CAP 24000UNT	87
CLINIMIX INJ 6/5	100	CREON CAP 3000UNIT	87
CLINIMIX INJ 8/10	100	CREON CAP 36000UNT	87
CLINIMIX INJ 8/14	101	CREON CAP 6000UNIT	87
clinisol sf 15%	101	CRIXIVAN	9
CLINOLIPID EMU 20%	101	cromolyn sodium	108
clobazam	44	cromolyn sodium (mastocytosis)	86
clobetasol propionate	113	cromolyn sodium (ophth)	104
clobetasol propionate e	113	cryselle-28	71
clomipramine hcl	50	cyclafem 1/35	71
clonazepam	44	cyclafem 7/7/7	71
clonidine	41	cyclobenzaprine hcl	63
clonidine hcl	41	cyclophosphamide	20
clopidogrel bisulfate	91	CYCLOPHOSPHAMIDE	20
		cycloserine	13
		cyclosporine	95
		cyclosporine modified (for microemulsion)	95
		cyproheptadine hcl	106

<i>cyred eq</i>	71
CYSTADANE POW	80
CYSTADROPS	105
CYSTAGON	80
CYSTARAN	105
<i>cytarabine</i>	21

D

D10W/NACL INJ 0.2%	98
D2.5W/NACL INJ 0.45%	97
D5W/LYTES INJ #48	97
D5W/NACL INJ 0.3%	97
<i>dalfampridine</i>	62
DALIRESP	108
<i>danazol</i>	77
<i>dantrolene sodium</i>	63
<i>dapsone</i>	5
DAPTACEL INJ	96
<i>daptomycin</i>	5
DAPTOMYCIN	5
<i>dasetta 1/35</i>	71
<i>dasetta 7/7/7</i>	71
DAURISMO	25
<i>deblitane</i>	71
<i>deferasirox</i>	70
DELESTROGEN	77
DELSTRIGO TAB	11
DESCOVY TAB 200/25MG	11
<i>desipramine hcl</i>	50
<i>desmopressin acetate</i>	80
<i>desmopressin acetate spray</i>	80
<i>desmopressin acetate spray</i> <i>refrigerated</i>	80
<i>desogest-eth estrad & eth estrad</i> <i>tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	71
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab</i> <i>0.15 mg-30 mcg</i>	71
<i>desvenlafaxine succinate</i>	50
<i>dexamethasone</i>	79
DEXAMETHASONE INTENSOL	79
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	79
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> <i>(ophth)</i>	103
DEXILANT	88

<i>dexmethylphenidate hcl</i>	59
<i>dextrose</i>	101
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride</i> <i>0.45%</i>	98
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride</i> <i>0.45%</i>	98
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i> ..	98
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i> <i>0.2%</i>	98
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i> <i>0.225%</i>	98
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i> <i>0.3%</i>	98
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i> <i>0.45%</i>	98
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i> <i>0.9%</i>	98
DIACOMIT	45
<i>diazepam</i>	45
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	45
<i>diazepam inj</i>	45
<i>diazoxide</i>	80
<i>diclofenac potassium</i>	1
<i>diclofenac sodium</i>	1
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	103
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	115
<i>dicloxacillin sodium</i>	18
<i>dicyclomine hcl</i>	84
DIFICID	16
<i>diflunisal</i>	1
<i>digitek</i>	41
<i>digox</i>	41
<i>digoxin</i>	42
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	60
DILANTIN	45
DILANTIN INFATABS	45
DILANTIN-125	45
<i>diltiazem hcl</i>	39
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	39
<i>diltiazem hcl extended release</i> <i>beads</i>	40
<i>dilt-xr</i>	39
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	96
<i>diphenhydramine hcl</i>	106

<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	86
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	86
<i>dipyridamole</i>	92
<i>disopyramide phosphate</i>	36
<i>disulfiram</i>	64
<i>divalproex sodium</i>	45
<i>docetaxel</i>	23
DOCETAXEL	23
<i>dofetilide</i>	36
<i>donepezil hydrochloride</i>	49
DOPTELET	91
<i>dorzolamide hcl</i>	104
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i>	104
<i>dotti</i>	77
DOVATO TAB 50-300MG	12
<i>doxazosin mesylate</i>	33
<i>doxepin hcl</i>	50
<i>doxepin hcl (sleep)</i>	60
<i>doxorubicin hcl</i>	20
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	20
<i>doxy 100</i>	19
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	19
<i>doxycycline hyclate</i>	19
DRIZALMA SPRINKLE	51
<i>dronabinol</i>	84
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	71
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	72
DROXIA	91
<i>droxidopa</i>	42
<i>duloxetine hcl</i>	51
DUREZOL	103
<i>dutasteride</i>	88
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	88

E

<i>e.e.s. 400</i>	16
<i>ec-naproxen</i>	1
EDURANT	9
<i>efavirenz</i>	9

<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	12
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	12
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	12
<i>elinest</i>	72
ELIQUIS	89
ELIQUIS STARTER PACK	89
ELLA	72
<i>eluryng</i>	72
EMCYT	21
EMEND	84
<i>emoquette</i>	72
EMSAM	51
<i>emtricitabine</i>	9
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	12
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	12
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	12
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	12
EMTRIVA	9
EMVERM	5
<i>enalapril maleate</i>	32
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	32
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	32
ENBREL	92
ENBREL MINI	92
ENBREL SURECLICK	92
ENDARI	91
<i>endocet tab 10-325mg</i>	3
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	3
<i>endocet tab 5-325mg</i>	3
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	3
ENGERIX-B	96
<i>enoxaparin sodium</i>	89
<i>enpresse-28</i>	72
<i>enskyce</i>	72

ENSTILAR AER.....	113
<i>entacapone</i>	54
<i>entecavir</i>	13
ENTRESTO TAB 24-26MG.....	34
ENTRESTO TAB 49-51MG.....	34
ENTRESTO TAB 97-103MG.....	34
<i>enulose</i>	85
EPCLUSA TAB 200-50MG.....	14
EPCLUSA TAB 400-100.....	14
EPIDIOLEX.....	45
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	108
<i>epirubicin hcl</i>	21
<i>epitol</i>	45
EPIVIR HBV.....	14
<i>eplerenone</i>	33
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	61
ERIVEDGE.....	25
ERLEADA.....	21
<i>erlotinib hcl</i>	25
<i>errin</i>	72
<i>ertapenem sodium</i>	5
<i>ery</i>	111
<i>ery-tab</i>	16
ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	16
<i>erythrocin stearate</i>	16
<i>erythromycin (acne aid)</i>	111
<i>erythromycin (ophth)</i>	102
<i>erythromycin base</i>	16
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	16
ESBRIET.....	108
<i>escitalopram oxalate</i>	51
<i>esomeprazole magnesium</i>	88
<i>estarylla</i>	72
<i>estradiol</i>	78
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	78
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	78
<i>estradiol vaginal</i>	78
<i>estradiol valerate</i>	78
<i>ethambutol hcl</i>	13
<i>ethosuximide</i>	45
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	72

<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	72
<i>etodolac</i>	1
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr</i>	72
<i>etoposide</i>	23
<i>etravirine</i>	9
<i>euthyrox</i>	82
<i>everolimus</i>	25
<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	95
EVOTAZ TAB 300-150.....	12
<i>exemestane</i>	21
<i>ezetimibe</i>	37

F

FABRAZYME.....	80
<i>falmina</i>	72
<i>famciclovir</i>	14
<i>famotidine</i>	85
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	85
FANAPT.....	55
FANAPT PAK.....	55
FARXIGA.....	65
FARYDAK.....	25
FASENRA.....	108
FASENRA PEN.....	108
<i>felbamate</i>	45, 46
<i>felodipine</i>	40
<i>femynor</i>	72
<i>fenofibrate</i>	37
<i>fenofibrate micronized</i>	37
<i>fentanyl</i>	2
<i>fentanyl citrate</i>	3
FETZIMA.....	51
FETZIMA CAP TITRATIO.....	51
FIASP FLEX INJ TOUCH.....	67
FIASP INJ 100/ML.....	67
FIASP PENFIL INJ U-100.....	67
<i>finasteride</i>	88
FINTEPLA.....	46
<i>flac</i>	117
FLAREX.....	103
FLEBOGAMMA DIF.....	94

<i>flecainide acetate</i>	36
FLOVENT DISKUS	110
FLOVENT HFA	110
<i>fluconazole</i>	8
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i>	8
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	8
<i>flucytosine</i>	8
<i>fludrocortisone acetate</i>	79
<i>flunisolide (nasal)</i>	109
<i>fluocinolone acetonide</i>	113
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	117
<i>fluocinonide</i>	114
<i>fluocinonide emulsified base</i>	114
<i>fluorometholone (ophth)</i>	103
<i>fluorouracil</i>	21
<i>fluorouracil (topical)</i>	115
<i>fluoxetine hcl</i>	51
<i>fluphenazine decanoate</i>	55
<i>fluphenazine hcl</i>	55
<i>flurbiprofen</i>	1
<i>flurbiprofen sodium</i>	103
<i>flutamide</i>	21
<i>fluticasone propionate</i>	114
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> ..	109
<i>fluvoxamine maleate</i>	43
<i>fondaparinux sodium</i>	89
FORTEO	69
<i>fosamprenavir calcium</i>	9
<i>fosinopril sodium</i>	32
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	32
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	32
FOTIVDA	25
FREAMINE HBC INJ 6.9%	101
FREAMINE III INJ 10%	101
<i>fulvestrant</i>	21
<i>furosemide</i>	41
<i>furosemide inj</i>	41
FUZEON	9
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	78

<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	78
FYCOMPA	46
G	
<i>gabapentin</i>	46
<i>galantamine hydrobromide</i>	49
GAMASTAN INJ	94
GAMMAGARD LIQUID	94
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH ... 94	94
GAMMAKED	94
GAMMAPLEX	94
GAMUNEX-C	94
<i>ganciclovir sodium</i>	14
GARDASIL 9 INJ	96
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	102
GATTEX	86
GAUZE PADS 2	68
<i>gavilyte-c</i>	86
<i>gavilyte-g</i>	86
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	86
GAVRETO	25
<i>gemcitabine hcl</i>	21
<i>gemfibrozil</i>	37
<i>generlac</i>	86
<i>gengraf</i>	95
GENOTROPIN	80
GENOTROPIN MINIQUICK	81
<i>gentak</i>	102
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i> 5	5
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i> ...	5
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i> 5	5
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i> 5	5
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i> ...	6
<i>gentamicin sulfate</i>	6
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	102
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	111
GENVOYA TAB	12
<i>gianvi</i>	72
GILENYA	62
GILOTRIF	25
<i>glatiramer acetate</i>	62
<i>glatopa</i>	62
<i>glimepiride</i>	65
<i>glipizide</i>	65
<i>glipizide xl</i>	65

<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	65
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	65
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	65
<i>glycopyrrolate</i>	85
<i>glydo</i>	114
GLYXAMBI TAB 10-5 MG.....	65
GLYXAMBI TAB 25-5 MG.....	65
GOLYTELY SOL	86
<i>granisetron hcl</i>	84
<i>griseofulvin microsize</i>	8
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	8
<i>guanfacine hcl</i>	42
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	59
GVOKE HYOPEN 2-PACK	80
GVOKE PFS.....	80

H

HAEGARDA	91
<i>hailey 1.5/30</i>	72
<i>halobetasol propionate</i>	114
<i>haloperidol</i>	55
<i>haloperidol decanoate</i>	56
<i>haloperidol lactate</i>	56
HARVONI PAK 33.75-150MG	14
HARVONI PAK 45-200MG	14
HARVONI TAB 45-200MG	14
HARVONI TAB 90-400MG	14
HAVRIX	96
<i>heather</i>	72
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	89
<i>heparin sodium (porcine)</i>	90
<i>heparin sodium (porcine) 100 unit/ml in d5w</i>	90
<i>heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol 20000 unit/500ml-5%</i>	90
<i>heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol 25000 unit/500ml-5%</i>	90
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT ...	90
<i>hepatamine</i>	101
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	25
HERCEPTIN	25
HERZUMA	25

HETLIOZ.....	60
HIBERIX.....	96
HUMIRA	92
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	92
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D... ..	92
HUMIRA PEN	92
HUMIRA PEN KIT PS/UV	92
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START ..	92
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S	93
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	93
HUMULIN R U-500 (CONCENTR ...	68
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	68
<i>hydralazine hcl</i>	42
<i>hydrochlorothiazide</i>	41
<i>hydrocodone bitartrate</i>	2
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	3
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	3
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	3
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	3
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	3
<i>hydrocortisone</i>	79
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	85
<i>hydrocortisone (rectal)</i>	115
<i>hydrocortisone (topical)</i>	114
<i>hydromorphone hcl</i>	3
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	93
<i>hydroxyurea</i>	23
<i>hydroxyzine hcl</i>	106
<i>hydroxyzine pamoate</i>	106
HYSINGLA ER	2

I

<i>ibandronate sodium</i>	69
IBRANCE	25
<i>ibu</i>	1
<i>ibuprofen</i>	1
<i>icatibant acetate</i>	91
<i>iclevia</i>	72
ICLUSIG	25, 26
IDHIFA	26

ILEVRO	103
<i>imatinib mesylate</i>	26
IMBRUVICA	26
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	6
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	6
<i>imipramine hcl</i>	51
<i>imiquimod</i>	115
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	96
<i>incassia</i>	72
INCRELEX	81
INCRUSE ELLIPTA	106
<i>indapamide</i>	41
INFANRIX INJ	96
INGREZZA	61
INGREZZA CAP 40-80MG	61
INLYTA	26
INQOVI TAB 35-100MG	23
INREBIC	26
INSULIN SAFETY NEEDLES	68
INSULIN SYRINGES:	
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC	68
INTELENCE	9, 10
INTRALIPID	101
INTRON A	95
<i>introvale</i>	72
INVEGA SUSTENNA	56
INVEGA TRINZA	56
INVIRASE	10
IPOL INJ INACTIVE	96
<i>ipratropium bromide</i>	106
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	106
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	106
<i>irbesartan</i>	35
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	34
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	34
IRESSA	26
<i>irinotecan hcl</i>	23
ISENTRESS	10
ISENTRESS HD	10

<i>isibloom</i>	72
ISOLYTE-P INJ /D5W	98
ISOLYTE-S INJ	98
<i>isoniazid</i>	13
ISOPTO ATROPINE	105
<i>isosorbide dinitrate</i>	42
<i>isosorbide mononitrate</i>	42
<i>isotretinoin</i>	111
<i>isradipine</i>	40
<i>itraconazole</i>	8
<i>ivermectin</i>	6
IXIARO INJ	96

J

JAKAFI	26
<i>jantoven</i>	90
JANUMET TAB 50-1000	65
JANUMET TAB 50-500MG	65
JANUMET XR TAB 100-1000	65
JANUMET XR TAB 50-1000	65
JANUMET XR TAB 50-500MG	65
JANUVIA	65
JARDIANCE	65
<i>jasmiel</i>	73
JENTADUETO TAB 2.5-1000	66
JENTADUETO TAB 2.5-500	66
JENTADUETO TAB 2.5-850	66
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	66
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG ..	66
<i>jinteli</i>	78
<i>jolessa</i>	73
<i>juleber</i>	73
JULUCA TAB 50-25MG	12
<i>junel 1.5/30</i>	73
<i>junel 1/20</i>	73
<i>junel fe 1.5/30</i>	73
<i>junel fe 1/20</i>	73
JUXTAPID	37

K

KADCYLA	26
KALETRA TAB 100-25MG	12
KALETRA TAB 200-50MG	12
KALYDECO	108
KANJINTI	26

<i>kariva</i>	73	<i>lactulose (encephalopathy)</i>	86
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	98	<i>lamivudine</i>	10
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	98	<i>lamivudine (hbv)</i>	14
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	98	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	12
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	98	<i>lamotrigine</i>	46
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	98	<i>lansoprazole</i>	88
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	98	<i>lapatinib ditosylate</i>	27
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	98	<i>larin 1.5/30</i>	73
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	98	<i>larin 1/20</i>	73
KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2	99	<i>larin fe 1.5/30</i>	73
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9% ...	98	<i>larin fe 1/20</i>	73
<i>kelnor 1/35</i>	73	<i>larissia</i>	73
<i>kelnor 1/50</i>	73	LASTACFT	104
<i>ketoconazole</i>	8	<i>latanoprost</i>	104
<i>ketoconazole (topical)</i>	112, 113	LATUDA	56
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	103	<i>leena</i>	73
KEYTRUDA	26	<i>leflunomide</i>	93
KINRIX INJ	96	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	27
KISQALI	27	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	27
KISQALI 200 PAK FEMARA	23	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	27
KISQALI 400 PAK FEMARA	23	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	27
KISQALI 600 PAK FEMARA	23	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	27
<i>klor-con</i>	99	LENVIMA CAP 14 MG	27
<i>klor-con 10</i>	99	LENVIMA CAP 18 MG	27
<i>klor-con 8</i>	99	LENVIMA CAP 24 MG	27
<i>klor-con m10</i>	100	<i>lessina</i>	73
<i>klor-con m15</i>	100	<i>letrozole</i>	21
<i>klor-con m20</i>	100	<i>leucovorin calcium</i>	31
KORLYM	81	LEUKERAN	20
<i>kurvelo</i>	73	<i>leuprolide acetate</i>	22
KYNMOBI	54	<i>levalbuterol hcl</i>	107
L		<i>levalbuterol tartrate</i>	107
<i>labetalol hcl</i>	39	LEVEMIR	68
<i>lactated ringer's solution</i>	99	LEVEMIR FLEXTOUCH	68
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	115	<i>levetiracetam</i>	46
<i>lactulose</i>	86	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	47
		<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	47
		<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	46
		<i>levobunolol hcl</i>	104
		<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	81

<i>levocetirizine dihydrochloride ...</i>	107	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	74
<i>levofloxacin</i>	17	<i>loestrin fe 1/20</i>	74
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250</i>		LOKELMA.....	70
<i>mg/50ml</i>	17	LONSURF TAB 15-6.14.....	23
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500</i>		LONSURF TAB 20-8.19.....	23
<i>mg/100ml</i>	17	<i>loperamide hcl</i>	87
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750</i>		<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100</i>	
<i>mg/150ml</i>	17	<i>mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	12
<i>levonest</i>	73	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	12
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol</i>		<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	12
<i>(91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	73	<i>lopreeza</i>	78
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol</i>		<i>lorazepam</i>	43, 44
<i>tab 0.1 mg-20 mcg</i>	73	<i>lorazepam intensol</i>	44
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol</i>		LORBRENA.....	27
<i>tab 0.15 mg-30 mcg</i>	73	<i>loryna</i>	74
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-</i>		<i>losartan potassium</i>	35
<i>30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i> ...	74	<i>losartan potassium &</i>	
<i>levora 0.15/30-28</i>	74	<i>hydrochlorothiazide tab 100-12.5</i>	
<i>levo-t</i>	82	<i>mg</i>	34
<i>levothyroxine sodium</i>	83	<i>losartan potassium &</i>	
<i>levoxyl</i>	83	<i>hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	
LEXIVA.....	10	.....	34
<i>lidocaine</i>	114	<i>losartan potassium &</i>	
<i>lidocaine hcl</i>	114, 115	<i>hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	4	.....	34
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	116	LOTEMAX.....	103
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-</i>		<i>lovastatin</i>	37
<i>2.5%</i>	115	<i>low-ogestrel</i>	74
<i>lillow</i>	74	<i>loxapine succinate</i>	56
<i>linezolid</i>	6	LUMAKRAS	27
<i>linezolid in sodium chloride iv soln</i>		LUMIGAN.....	105
<i>600 mg/300ml-0.9%</i>	6	LUMIZYME.....	81
LINZESS	86	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	22
<i>liothyronine sodium</i>	83	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	22
<i>lisinopril</i>	33	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH ..	81
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab</i>		LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH ..	81
<i>10-12.5 mg</i>	32	<i>lutera</i>	74
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>lyleq</i>	74
<i>20-12.5 mg</i>	32	<i>lyllana</i>	78
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab</i>		LYNPARZA.....	27
<i>20-25 mg</i>	32	LYRICA CR.....	62
LITHIUM.....	61	LYSODREN.....	22
<i>lithium carbonate</i>	61, 62	<i>lyza</i>	74
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	74		
<i>loestrin 1/20-21</i>	74		

M

<i>magnesium sulfate</i>	99	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide</i>	
MAGNESIUM SULFATE	99	<i>tab 100-25 mg</i>	38
<i>magnesium sulfate in dextrose 5%</i>		<i>metoprolol & hydrochlorothiazide</i>	
<i>iv soln 1 gm/100ml</i>	99	<i>tab 100-50 mg</i>	38
<i>malathion</i>	116	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide</i>	
<i>marlissa</i>	74	<i>tab 50-25 mg</i>	38
MARPLAN	51	<i>metoprolol succinate</i>	39
MATULANE	23	<i>metoprolol tartrate</i>	39
MAVYRET TAB 100-40MG	14	<i>metronidazole</i>	6
<i>meclizine hcl</i>	84	<i>metronidazole (topical)</i>	115
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	82	<i>metronidazole in nacl 0.79% iv soln</i>	
<i>medroxyprogesterone acetate</i>		<i>500 mg/100ml</i>	6
<i>(contraceptive)</i>	74	<i>metronidazole vaginal</i>	89
<i>mefloquine hcl</i>	9	<i>metyrosine</i>	42
<i>megestrol acetate</i>	22, 82	MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	99
<i>megestrol acetate (appetite)</i>	82	<i>micafungin sodium</i>	8
MEKINIST	27	<i>microgestin 1.5/30</i>	74
MEKTOVI	27	<i>microgestin 1/20</i>	74
<i>meloxicam</i>	2	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	74
<i>memantine hcl</i>	49	<i>microgestin fe 1/20</i>	74
MENACTRA INJ	96	<i>midodrine hcl</i>	42
MENQUADFI INJ	96	<i>miglustat</i>	81
MENVEO INJ	96	<i>mili</i>	74
<i>mercaptapurine</i>	21	<i>mimvey</i>	78
<i>meropenem</i>	6	<i>minitran</i>	43
<i>mesalamine</i>	85	<i>minocycline hcl</i>	20
<i>mesalamine w/ cleanser</i>	85	<i>minoxidil</i>	42
MESNEX	31	<i>mirtazapine</i>	51
<i>metadate er</i>	59	<i>misoprostol</i>	87
<i>metformin hcl</i>	66	MITIGARE	1
<i>methadone hcl</i>	2	M-M-R II INJ	96
<i>methadone hydrochloride i</i>	2	M-NATAL PLUS TAB	100
<i>methazolamide</i>	41	<i>moexipril hcl</i>	33
<i>methenamine hippurate</i>	6	<i>molindone hcl</i>	56
<i>methimazole</i>	83	<i>mometasone furoate</i>	114
<i>methotrexate sodium</i>	21, 93	<i>mondoxyne nl</i>	20
METHYLDOPA	42	MONJUVI	27
<i>methylphenidate hcl</i>	59, 60	<i>mono-lynyah</i>	74
<i>methylprednisolone</i>	79	<i>montelukast sodium</i>	107
<i>methylprednisolone acetate</i>	79	<i>morphine sulfate</i>	2, 3, 4
<i>methylprednisolone sod succ</i>	79	MORPHINE SULFATE	3
<i>metoclopramide hcl</i>	84	MOVANTIK	87
<i>metolazone</i>	41	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	102
		MULTAQ	36
		<i>mupirocin</i>	111

MVASI	27
mycophenolate mofetil	95
mycophenolate sodium	95
myorisan	111
MYRBETRIQ	88

N

nabumetone	2
nadolol	39
nafcillin sodium	18
NAGLAZYME	81
nalbuphine hcl	4
naloxone hcl	64
naltrexone hcl	64
NAMZARIC CAP 14-10MG	50
NAMZARIC CAP 21-10MG	50
NAMZARIC CAP 28-10MG	50
NAMZARIC CAP 7-10MG	49
NAMZARIC CAP PACK	50
naproxen	2
naproxen sodium	2
naratriptan hcl	61
NARCAN	64
NATACYN	102
nateglinide	66
NATPARA	69
NAYZILAM	47
necon 0.5/35-28	74
nefazodone hcl	51
neomycin sulfate	6
neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin	102
neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml	102
neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth oint 0.1%	101
neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth susp 0.1%	101
neomycin-polymyxin-hc ophth susp	102

neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%	117
neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1% ..	117
NERLYNX	27
NEUPRO	54
nevirapine	10
NEXAVAR	27
niacin (antihyperlipidemic)	38
nicardipine hcl	40
NICOTROL INHALER	64
NICOTROL NS	64
nifedipine	40
nikki	74
nilutamide	22
nimodipine	40
NINLARO	27
nitazoxanide	6
nitisinone	81
NITRO-BID	43
NITRO-DUR	43
nitrofurantoin macrocrystal	6
nitrofurantoin monohyd macro	6
nitroglycerin	43
nizatidine	85
nora-be	75
norethindrone (contraceptive)	75
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg	75
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg	75
norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg	75
norethindrone acetate	82
norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg	78
norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg	78
norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg	75
norgestimate-eth estrad tab 0.18- 25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg	75
norgestimate-eth estrad tab 0.18- 35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg	75
norlyroc	75

NORPACE CR	36	OGIVRI INJ 420MG	27
NORTHERA	42	<i>olanzapine</i>	56
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	75	<i>olmesartan medoxomil</i>	35, 36
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	75	<i>olmesartan medoxomil-</i>	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	75	<i>hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	
<i>nortrel 7/7/7</i>	75	.....	35
<i>nortriptyline hcl</i>	51	<i>olmesartan medoxomil-</i>	
NORVIR	10	<i>hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	
NOVOLIN INJ 70/30	68	.....	35
NOVOLIN INJ 70/30 FP	68	<i>olmesartan medoxomil-</i>	
NOVOLIN N	68	<i>hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	
NOVOLIN N FLEXPEN	68	.....	35
NOVOLIN R	68	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NOVOLIN R FLEXPEN	68	<i>hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5</i>	
NOVOLOG	68	<i>mg</i>	35
NOVOLOG FLEXPEN	68	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NOVOLOG MIX INJ 70/30	68	<i>hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5</i>	
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	68	<i>mg</i>	35
NOVOLOG PENFILL	69	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NOXAFIL	8	<i>hydrochlorothiazide tab 40-10-25</i>	
NUBEQA	22	<i>mg</i>	35
NUDEXTA CAP 20-10MG	62	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NULOJIX	95	<i>hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5</i>	
NULYTELY SOL LMN/LIME	86	<i>mg</i>	35
NUPLAZID	56	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NUTRILIPID	101	<i>hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	
<i>nyamyc</i>	112	.....	35
<i>nylia 7/7/7</i>	75	<i>olopatadine hcl</i>	104
NYMALIZE	40	<i>omeprazole</i>	88
<i>nymyo</i>	75	OMNIPOD KIT STARTER	69
<i>nystatin</i>	8	OMNIPOD MIS 5 PACK	69
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	116	<i>ondansetron</i>	84
<i>nystatin (topical)</i>	112	<i>ondansetron hcl</i>	84
<i>nystop</i>	112	ONTRUZANT	28
○		ONUREG	21
<i>ocella</i>	75	OPSUMIT	43
OCTAGAM	94	ORGOVYX	22
<i>octreotide acetate</i>	81	ORKAMBI GRA 100-125	108
ODEFSEY TAB	12	ORKAMBI GRA 150-188	108
ODOMZO	27	ORKAMBI TAB 100-125	109
OFEV	108	ORKAMBI TAB 200-125	109
<i>ofloxacin (ophth)</i>	102	<i>orsythia</i>	75
<i>ofloxacin (otic)</i>	117	<i>oseltamivir phosphate</i>	14
OGIVRI	27	OSPHENA	81
		<i>oxacillin sodium</i>	18

<i>oxaliplatin</i>	20
<i>oxandrolone</i>	64
<i>oxcarbazepine</i>	47
<i>oxybutynin chloride</i>	88, 89
<i>oxycodone hcl</i>	4
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> <i>10-325 mg</i>	4
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> <i>2.5-325 mg</i>	4
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> <i>5-325 mg</i>	4
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> <i>7.5-325 mg</i>	4
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	66
OZEMPIC (1MG/DOSE)	66

P

<i>pacerone</i>	36
<i>paclitaxel</i>	23
<i>paliperidone</i>	56
<i>pamidronate disodium</i>	69
PAMIDRONATE DISODIUM	69
PANRETIN	115
<i>pantoprazole sodium</i>	88
PANZYGA	94
<i>paraplatin</i>	20
<i>paricalcitol</i>	83
<i>paroex</i>	116
<i>paramomycin sulfate</i>	6
<i>paroxetine hcl</i>	51, 52
PASER	13
PAXIL	52
PAZEO	104
PEDIARIX INJ 0.5ML	97
PEDVAX HIB	97
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na</i> <i>sulfate for soln 236 gm</i>	86
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for</i> <i>soln 420 gm</i>	86
PEGANONE	47
PEGASYS	14
PEMAZYRE	28
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	18
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	18

PEN NEEDLES:

NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/TRIVI DIA	69
<i>penicillamine</i>	70
<i>penicillin g potassium</i>	19
PENICILLIN G PROCAINE	19
<i>penicillin g sodium</i>	19
<i>penicillin v potassium</i>	19
PENTACEL INJ	97
<i>pentamidine isethionate inh</i>	6
<i>pentamidine isethionate inj</i>	6
<i>pentoxifylline</i>	91
<i>perindopril erbumine</i>	33
<i>periogard</i>	116
<i>permethrin</i>	116
<i>perphenazine</i>	57
PERSERIS	57
<i>pfizerpen</i>	19
<i>phenelzine sulfate</i>	52
<i>phenobarbital</i>	47
<i>phenobarbital sodium</i>	47
PHENYTEK	47
<i>phenytoin</i>	47
<i>phenytoin sodium</i>	47
<i>phenytoin sodium extended</i>	47
PHEGO SOL	28
<i>philith</i>	75
PICATO	115
PIFELTRO	10
<i>pilocarpine hcl</i>	105
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	116
<i>pimozide</i>	57
<i>pimtrea</i>	75
<i>pindolol</i>	39
<i>pioglitazone hcl</i>	66
<i>piperacillin sod-tazobactam na for</i> <i>inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	19
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for</i> <i>inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	19
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for</i> <i>inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	19
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for</i> <i>inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	19
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for</i> <i>inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	19

PIQRAY 200MG DAILY DOSE	28	<i>previfem</i>	76
PIQRAY 250MG TAB DOSE	28	PREZCOBIX TAB 800-150	12
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	28	PREZISTA	10
<i>pirmella 1/35</i>	75	PRIFTIN	13
<i>piroxicam</i>	2	<i>primaquine phosphate</i>	9
PLASMA-LYTE INJ -148	99	PRIMAQUINE PHOSPHATE	9
PLASMA-LYTE INJ -A	99	<i>primidone</i>	48
<i>plenamine</i>	101	PRIVIGEN	94
PLENVU SOL	86	<i>probenecid</i>	1
PNV FOLIC AC TAB + IRON	100	PROCALAMINE INJ 3%	101
<i>podofilox</i>	115	<i>prochlorperazine</i>	84
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth</i>		<i>prochlorperazine edisylate</i>	84
<i>soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	103	<i>prochlorperazine maleate</i>	84
POMALYST	22	PROCRIT	90
<i>portia-28</i>	76	<i>procto-med hc</i>	115
<i>posaconazole</i>	8	<i>procto-pak</i>	115
POT CHL/NACL INJ 20MEQ/L	99	<i>proctosol hc</i>	115
POT CHL/NACL INJ 40MEQ/L	99	<i>proctozone-hc</i>	115
<i>potassium chloride</i>	99, 100	PROGRAF	95
POTASSIUM CHLORIDE	99	PROLASTIN-C	109
<i>potassium chloride 20 meq/l</i>		PROLENSA	104
<i>(0.15%) in dextrose 5% inj</i>	99	PROLIA	70
<i>potassium chloride</i>		PROMACTA	91
<i>microencapsulated crystals er...</i>	100	<i>promethazine hcl</i>	84
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	88	<i>propafenone hcl</i>	36
PRADAXA	90	<i>proparacaine hcl</i>	105
PRALUENT	38	<i>propranolol hcl</i>	39
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	54	<i>propylthiouracil</i>	83
<i>prasugrel hcl</i>	92	PROQUAD INJ	97
<i>pravastatin sodium</i>	37	PROSOL INJ 20%	101
<i>praziquantel</i>	7	<i>protriptyline hcl</i>	52
<i>prazosin hcl</i>	33	PULMICORT FLEXHALER	110
<i>prednisolone</i>	79	PULMOZYME	109
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	103	PURIXAN	21
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP103		<i>pyrazinamide</i>	13
<i>prednisolone sodium phosphate</i> ..	79	<i>pyridostigmine bromide</i>	62
<i>prednisone</i>	79		
PREDNISONE INTENSOL	79	Q	
<i>pregabalin</i>	47	QINLOCK	28
<i>pregabalin (once-daily)</i>	62	QUADRACEL INJ	97
PREMASOL SOL 10%	101	<i>quetiapine fumarate</i>	57
PRENATAL TAB 27-1MG	100	<i>quinapril hcl</i>	33
PRENATAL TAB PLUS	100	<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab</i>	
PRENATAL VIT TAB LOW IRON ..	100	<i>10-12.5 mg</i>	32
<i>prevalite</i>	38		

quinapril-hydrochlorothiazide tab	
20-12.5 mg	32
quinapril-hydrochlorothiazide tab	
20-25 mg	32
quinidine sulfate	36
quinine sulfate	9

R

RABAVERT INJ	97
raloxifene hcl	81
ramipril	33
ranolazine	42
rasagiline mesylate	54
RAYALDEE	83
reclipsen	76
RECOMBIVAX HB	97
RECTIV	115
REGRANEX	116
RELENZA DISKHALER	14
RELISTOR	87
REMICADE	93
RENFLEXIS	93
repaglinide	66
RESTASIS	105
RESTASIS MULTIDOSE	105
RETEVMO	28
REVLIMID	22
REXULTI	57
REYATAZ	10
REZUROCK	95
RHOPRESSA	105
RIABNI	28
ribavirin (hepatitis c)	14
rifabutin	13
rifampin	13
riluzole	62
rimantadine hydrochloride	14
RINVOQ	93
RISPERDAL CONSTA	57
risperidone	57
ritonavir	10
RITUXAN	28
RITUXAN INJ HYCELA	28
rivastigmine	50
rivastigmine tartrate	50

rizatriptan benzoate	61
ropinirole hydrochloride	54
rosadan	116
rosuvastatin calcium	37
ROTARIX SUS	97
ROTATEQ SOL	97
rowepra	48
ROZLYTREK	28
RUBRACA	28
rufinamide	48
RUKOBIA	10
RUXIENCE	28
RYBELSUS	66
RYDAPT	28

S

sajazir	91
SANDIMMUNE	95
SANTYL	116
sapropterin dihydrochloride	81
scopolamine	84
SECUADO	57
selegiline hcl	54
selenium sulfide	113
SELZENTRY	11
SEREVENT DISKUS	107
sertraline hcl	52
setlakin	76
sevelamer carbonate	82
sharobel	76
SHINGRIX	97
SIGNIFOR	81
sildenafil citrate (pulmonary hypertension)	43
silver sulfadiazine	111
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	105
simliya	76
simvastatin	37
sirolimus	95
SIRTURO	13
SIVEXTRO	7
SKYRIZI	93
SKYRIZI PEN	93
sodium chloride	99
sodium chloride (gu irrigant)	116

sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln	100
sodium phenylbutyrate	81
sodium polystyrene sulfonate powder	70
solifenacin succinate	89
SOLIQUA INJ 100/33	69
SOLTAMOX	22
SOLU-CORTEF	79
SOMATULINE DEPOT	82
SOMAVERT	82
sorine	36
sotalol hcl	36
sotalol hcl (afib/afl)	37
spironolactone	33
spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	41
sprintec 28	76
SPRITAM	48
SPRYCEL	28
sps	70
sronyx	76
ssd	112
stavudine	11
STELARA	93
STIMATE	82
STIVARGA	28
streptomycin sulfate	7
STRIBILD TAB	13
subvenite	48
sucralfate	87
sulfacetamide sodium (acne)	111
sulfacetamide sodium (ophth) ..	103
sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%	102
SULFADIAZINE	7
sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml	7
sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml	7
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg	7
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg	7

SULFAMYLON	112
sulfasalazine	85
sulindac	2
sumatriptan	61
sumatriptan succinate	61
sunitinib malate	28
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	86
SUTENT	28
syeda	76
SYMBICORT AER 160-4.5	111
SYMBICORT AER 80-4.5	110
SYMDEKO TAB 100-150	109
SYMDEKO TAB 50-75MG	109
SYMJEPI	109
SYMPAZAN	48
SYMTUZA TAB	13
SYNAREL	77
SYNERCID INJ 500MG	7
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	67
SYNJARDY TAB 12.5-500	66
SYNJARDY TAB 5-1000MG	66
SYNJARDY TAB 5-500MG	66
SYNJARDY XR TAB 10-1000	67
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG . 67	
SYNJARDY XR TAB 25-1000	67
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	67
SYNRIBO	23
SYNTHROID	83

T

TABLOID	21
TABRECTA	28
tacrolimus	96
tacrolimus (topical)	116
TAFINLAR	28
TAGRISO	29
TALTZ	93
TALZENNA	29
tamoxifen citrate	22
tamsulosin hcl	88
TARGRETIN	116
tarina fe 1/20 eq	76
TASIGNA	29
tazarotene	112
tazicef	16

TAZORAC	112	<i>tobramycin-dexamethasone ophth</i>	
<i>taztia xt</i>	40	<i>susp 0.3-0.1%</i>	102
TAZVERIK	29	<i>tolterodine tartrate</i>	89
TDVAX INJ 2-2 LF	97	<i>topiramate</i>	48
TECENTRIQ	29	<i>toposar</i>	23
TEFLARO	16	<i>toremifene citrate</i>	22
<i>telmisartan</i>	36	<i>torseamide</i>	41
<i>temazepam</i>	60	TOVIAZ	89
TEMIXYS TAB 300-300	13	TPN ELECTROL INJ	99
TENIVAC INJ 5-2LF	97	TRADJENTA	67
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	11	<i>tramadol hcl</i>	4
TEPMETKO	29	<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-</i>	
<i>terazosin hcl</i>	33	<i>325 mg</i>	4
<i>terbinafine hcl</i>	8	<i>trandolapril</i>	33
<i>terbutaline sulfate</i>	107	<i>tranexamic acid</i>	91
<i>terconazole vaginal</i>	89	<i>tranylcypromine sulfate</i>	52
<i>testosterone</i>	64	TRAVASOL INJ 10%	101
<i>testosterone cypionate</i>	64	TRAZIMERA	29
<i>testosterone enanthate</i>	64	<i>trazodone hcl</i>	52
<i>tetrabenazine</i>	62	TRECATOR	13
<i>tetracycline hcl</i>	20	TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25	
THALOMID	22	MCG	106
THEO-24	109	TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25	
<i>theophylline</i>	109	MCG	106
<i>thioridazine hcl</i>	57	TRELSTAR MIXJECT	22
<i>thiothixene</i>	57	<i>treprostinil</i>	43
<i>tiadylt er</i>	40	TRESIBA	69
<i>tiagabine hcl</i>	48	TRESIBA FLEXTOUCH	69
TIBSOVO	29	<i>tretinoin</i>	111
<i>tigecycline</i>	20	<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	23
TIGECYCLINE	20	<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	
<i>tilia fe</i>	76	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	117
<i>timolol maleate</i>	39	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	114
<i>timolol maleate (ophth)</i>	105	<i>triamterene & hydrochlorothiazide</i>	
<i>timolol maleate (ophth) once-daily</i>	105	<i>cap 37.5-25 mg</i>	41
TIVICAY	11	<i>triamterene & hydrochlorothiazide</i>	
TIVICAY PD	11	<i>tab 37.5-25 mg</i>	41
<i>tizanidine hcl</i>	63	<i>triamterene & hydrochlorothiazide</i>	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	102	<i>tab 75-50 mg</i>	41
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	102	TRICARE TAB PRENATAL	100
<i>tobramycin</i>	7	<i>triderm</i>	114
<i>tobramycin (ophth)</i>	103	<i>trientine hcl</i>	70
<i>tobramycin sulfate</i>	7	<i>tri-estarylla</i>	76
		<i>trifluoperazine hcl</i>	57

<i>trifluridine</i>	103
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	54
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG.....	67
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	67
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG.....	67
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG.....	67
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG.....	109
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG.....	109
<i>tri-legend fe</i>	76
<i>tri-linyah</i>	76
<i>tri-lo-estarylla</i>	76
<i>tri-lo-marzia</i>	76
<i>tri-lo-mili</i>	76
<i>tri-lo-sprintec</i>	76
<i>trimethoprim</i>	7
<i>tri-mili</i>	76
<i>trimipramine maleate</i>	52
TRINTELLIX.....	52
<i>tri-nymyo</i>	76
<i>tri-previfem</i>	76
<i>tri-sprintec</i>	76
TRIUMEQ TAB.....	13
<i>trivora-28</i>	77
<i>tri-vylibra</i>	76
<i>tri-vylibra lo</i>	77
TROGARZO	11
TROPHAMINE INJ 10%	101
<i>tropium chloride</i>	89
TRULANCE	87
TRULICITY	67
TRUMENBA INJ.....	97
TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE .	29
TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE .	29
TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE...	29
TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE...	29
TRUXIMA.....	29
TUKYSA	29
<i>tulana</i>	77
TURALIO	29

TWINRIX INJ	97
TYBOST	11
TYMLOS	70
TYPHIM VI	97

U

UBRELVY	61
UKONIQ.....	29
<i>unithroid</i>	83
<i>ursodiol</i>	87

V

<i>valacyclovir hcl</i>	14
VALCHLOR.....	116
<i>valganciclovir hcl</i>	14
<i>valproate sodium</i>	48
<i>valproic acid</i>	48
<i>valsartan</i>	36
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	35
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	35
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	35
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	35
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	35
VALTOCO.....	48
<i>vancomycin hcl</i>	7
VANCOMYCIN INJ 1 GM.....	7
VANCOMYCIN INJ 500MG.....	7
VANCOMYCIN INJ 750MG.....	7
<i>vandazole</i>	89
VAQTA.....	97
VARIVAX	97
VASCEPA	38
VELCADE	29
<i>velivet</i>	77
VELTASSA.....	70
VEMLIDY	14
VENCLEXTA	29, 30
VENCLEXTA TAB START PK.....	30
<i>venlafaxine hcl</i>	52
VENTAVIS	43
VENTOLIN HFA	107

VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	107	XCOPRI PAK 12.5-25	49
<i>verapamil hcl</i>	40	XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	49
VERSACLOZ	58	XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	49
VERZENIO	30	XCOPRI PAK 50-100MG	49
<i>vestura</i>	77	XCOPRI PAK 50-200MG	49
V-GO 20 KIT	69	XELJANZ	93
V-GO 30 KIT	69	XELJANZ XR	93
V-GO 40 KIT	69	XGEVA	70
VICTOZA	67	XIFAXAN	87
<i>vienva</i>	77	XIGDUO XR TAB 10-1000	67
<i>vigabatrin</i>	48	XIGDUO XR TAB 10-500MG	67
<i>vigadrone</i>	48	XIGDUO XR TAB 2.5-1000	67
VIIBRYD	52	XIGDUO XR TAB 5-1000MG	67
VIIBRYD KIT STARTER	52	XIGDUO XR TAB 5-500MG	67
VIMPAT	48, 49	XIIDRA	105
<i>vincristine sulfate</i>	23	XOLAIR	109
<i>vinorelbine tartrate</i>	24	XOSPATA	30
<i>viorele</i>	77	XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY ...	30
VIRACEPT	11	XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	30
VIREAD	11	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY ...	30
VITRAKVI	30	XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	30
VIVITROL	64	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY ...	30
VIZIMPRO	30	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	30
<i>voriconazole</i>	8	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY ...	30
VOSEVI TAB	15	XTANDI	22
VOTRIENT	30	<i>xulane</i>	77
VRAYLAR	58	XULTOPHY INJ 100/3.6	69
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	58	XYREM	63
<i>vyfemla</i>	77	Y	
<i>vylibra</i>	77	YF-VAX INJ	97
VYZULTA	105	<i>yuvafem</i>	78
W		Z	
<i>warfarin sodium</i>	90	<i>zafemy</i>	77
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	116	<i>zafirlukast</i>	108
<i>wera</i>	77	<i>zarah</i>	77
X		ZARXIO	90
XALKORI	30	ZEJULA	30
XARELTO	90	ZELBORAF	30
XARELTO STAR TAB 15/20MG	90	ZEMAIRA	109
XATMEP	94	<i>zenatane</i>	111
XCOPRI	49	ZENPEP CAP 10000UNT	87
XCOPRI PAK 100-150	49	ZENPEP CAP 15000UNT	87

ZENPEP CAP 20000UNT	87	<i>zolmitriptan</i>	61
ZENPEP CAP 25000	87	<i>zolidem tartrate</i>	60
ZENPEP CAP 3000UNIT	87	<i>zonisamide</i>	49
ZENPEP CAP 40000	87	ZORTRESS	96
ZENPEP CAP 5000UNIT	87	ZOSTAVAX.....	97
ZERVIATE	104	<i>zovia 1/35e</i>.....	77
<i>zidovudine</i>.....	11	<i>zumandimine</i>	77
<i>ziprasidone hcl</i>	58	ZYDELIG.....	31
<i>ziprasidone mesylate</i>	58	ZYKADIA	31
ZIRABEV.....	30	ZYLET SUS 0.5-0.3%	102
ZIRGAN	103	ZYPREXA RELPREVV	58
<i>zoledronic acid</i>	70	ZYTIGA.....	22
ZOLINZA.....	31		

Este formulario se actualizó el 11/01/2021. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 1-855-290-5744 . Los usuarios de TTY deben llamar al 711 , De 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los 7 días de la semana, desde el 1/OCT hasta el 31/MAR, de 8:00 a.m a 8:00 p.m. (según la hora estándar del este) De lunes a viernes, desde el 1/ABR hasta el 30/SEP (según la hora estándar del este), o visite carefirst.com/medicare.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield