

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (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 00021300, 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 Advantage Enhanced (*HMO*) 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 Enhanced (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 Enhanced (HMO)?

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (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 Enhanced (HMO) cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (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 CareFirstCareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (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 Enhanced (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 Enhanced (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 124. 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 Enhanced (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 Enhanced (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 Enhanced (HMO) antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** para ciertos medicamentos, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (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 Enhanced (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 Enhanced (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 Enhanced (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 Enhanced (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 Enhanced (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 Enhanced (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 Enhanced (HMO) . Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) .
- Puede solicitar que CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (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 Enhanced (HMO) ’s*?

Puede solicitarle a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (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 Enhanced (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 Enhanced (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 Enhanced (HMO), consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (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 Enhanced (HMO)

El formulario a continuación proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) . Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 124.

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 Enhanced (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 Enhanced (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 Enhanced (HMO) para que se pueda tomar una decisión al respecto.

GC - cobertura con período de interrupción

Proporcionamos cobertura adicional para este medicamento con receta en el período de interrupción de la cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su Evidencia de Cobertura.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Enhanced (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	GC

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	3	
<i>ibuprofen</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	GC
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	GC
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	2	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	1	GC
<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)
--	---	------------------------

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	3	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	3	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate SOLN 1mg/ml, 2mg/ml</i>	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 LPOP 200mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg</i>	5	QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>fentanyl citrate LPOP 400mcg</i>	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 LIQD 1mg/ml</i>	4	QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>morphine sulfate SOLN 1mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml</i>	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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)
<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
---	---	-----

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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	
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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	3	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	4	
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	3	PA
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	4	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	5	QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid</i> TABS 600mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%</i>	4	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	4	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	3	
<i>metronidazole</i> TABS 250mg, 500mg	2	
<i>metronidazole in nacl 0.79% iv soln 500 mg/100ml</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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	2	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	5	QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	3	
<i>paromomycin sulfate</i> CAPS 250mg	4	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	4	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	4	
<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	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 800-160 mg	1	GC
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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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
AMBISOME SUSR 50mg	5	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	4	B/D
<i>caspofungin 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</i> 200 mg/100ml	3	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>micafungin 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	GC, 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

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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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
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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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
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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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
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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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
STRIBILD TAB	5	NM
SYMTUZA TAB	5	NM
TEMIXYS TAB 300-300	5	NM
TRIUMEQ TAB	5	NM
ANTITUBERCULAR AGENTS		
<i>cycloserine CAPS 250mg</i>	5	
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	3	
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml</i>	4	
<i>isoniazid TABS 100mg, 300mg</i>	1	GC
PASER PACK 4gm	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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
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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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
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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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	
<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	GC
<i>cephalexin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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	GC
<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	
FLUOROQUINOLONES		
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</i> TABS 100mg	4	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>levofloxacin SOLN 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin TABS 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	GC
<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	GC
<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	
<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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>ampicillin</i> CAPS 500mg	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</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg	4	
BICILLIN L-A SUSP 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	4	
<i>dicloxacillin sodium</i> CAPS 250mg, 500mg	3	
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 10gm	5	
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 10gm	5	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	4	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	4	
<i>penicillin g potassium</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	
PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml	4	
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 5000000unit	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	
<i>penicillin v potassium</i> TABS 250mg, 500mg	1	GC
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj</i> 3.375 gm (3-0.375 gm)	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 2.25 gm (2-0.25 gm)	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 4.5 gm (4-0.5 gm)	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 13.5 gm (12-1.5 gm)	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 40.5 gm (36-4.5 gm)	4	
TETRACYCLINES		
<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	
<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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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
<i>epirubicin hcl</i> SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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	GC
<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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

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

IMMUNOMODULATORS

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	2	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	4	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
CAPRELSA TABS 100mg, 300mg	5	NM, LA, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	5	NM, LA, PA
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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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
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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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
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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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
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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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
TAGRISSE 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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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
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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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
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	GC, 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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	1	GC, QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	1	GC, QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	1	GC, QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	1	GC, QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	1	GC, QL (30 caps / 30 days)
BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 5-6.25MG	1	GC
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	GC
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	GC
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	1	GC
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	GC
ACE INHIBITORS		
<i>benazepril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>captopril</i> TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>enalapril maleate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	GC
<i>fosinopril sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>lisinopril</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	GC
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	GC
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	GC
<i>quinapril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>ramipril</i> CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
<i>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	1	GC
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>eplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	3	
<i>spironolactone</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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	GC
<i>terazosin hcl</i> CAPS 10mg	2	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 5-20 mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 5-40 mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 10-20 mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 10-40 mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 5-160 mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 5-320 mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 10-160 mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 10-320 mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i> tab 5-160-12.5 mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i> tab 5-160-25 mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i> tab 10-160-12.5 mg	1	GC, 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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-320-25 mg</i>	1	GC, 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	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	GC
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	1	GC, 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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	GC
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i>	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i>	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 320mg</i>	1	GC, 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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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	GC
<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	GC
<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	
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	2	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	3	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	1	GC
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	GC, 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
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
PRALUENT SOAJ 75mg/ml, 150mg/ml	3	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 39

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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	GC
<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	GC
<i>labetalol hcl</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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	GC
<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	GC
<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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

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	GC
<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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	2	
<i>furosemide</i> SOLN 8mg/ml, 10mg/ml	2	
<i>furosemide</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	GC
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	3	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	GC
<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	GC
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg	1	GC
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg	1	GC
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	GC
CORLANOR SOLN 5mg/5ml; 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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>digitek</i> TABS .125mg, .25mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>digox</i> TABS 125mcg, 250mcg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	GC
<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>bupirone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	1	GC

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>bupirone 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)
<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)

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 46

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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)
<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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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	
<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	GC

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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	
<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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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
<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	GC
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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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)
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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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	
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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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	GC
<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	
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	GC
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	4	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	4	QL (30 caps / 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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
FETZIMA CAP TITRATIO	4	PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg	1	GC
<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)
<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	GC
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	4	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	GC

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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	
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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 55

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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	
<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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	1	GC
<i>rasagiline mesylate</i> TABS 1mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	2	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg	4	
<i>selegiline hcl</i> TABS 5mg	3	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg	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</i> SOLN 1mg/ml	5	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg	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)
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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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	
<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)

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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)
<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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 59

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	5	QL (600 mL / 30 days), PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg	5	QL (60 caps / 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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 60

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

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

AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	3	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	5	QL (8 mL / 30 days), PA
<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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	4	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg	1	GC
<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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	5	QL (12 syringes / 28 days), NM, PA

MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS

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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent) TB12 150mg</i>	3	
CHANTIX TABS .5mg, 1mg	4	PA
CHANTIX CONTINUING MONTH TABS 1mg	4	PA
CHANTIX PAK 0.5& 1MG	4	PA
<i>disulfiram TABS 250mg, 500mg</i>	3	
<i>naloxone hcl SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml</i>	2	
<i>naltrexone hcl TABS 50mg</i>	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 TABS 2.5mg</i>	3	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>oxandrolone TABS 10mg</i>	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>testosterone GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	4	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate SOLN 100mg/ml, 200mg/ml</i>	3	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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)
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	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 4mg	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 5mg	1	GC, QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 10mg	1	GC, QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg	1	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 10mg	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg	1	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	1	GC, QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	1	GC, QL (120 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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	1	GC, 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)
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 TABS 500mg</i>	1	GC, QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl TABS 850mg</i>	1	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl TABS 1000mg</i>	1	GC, QL (75 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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	1	GC, QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	1	GC, QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	1	GC, 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	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS 2mg	1	GC, QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg	1	GC, 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)
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)

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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)

ANTIDIABETICS, INSULINS

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	
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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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)
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
OMNIPOD KIT STARTER	4	QL (1 kit / year), 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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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	GC
<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
PROLIA SOSY 60mg/ml	4	QL (1 injection / 180 days), NM
TYMLOS SOPN 3120mcg/1.56ml	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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	
<i>aurovela fe 1/20</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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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</i> TABS .35mg	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</i> TABS .35mg	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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>isibloom</i>	2	
<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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	2	
<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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>mili</i>	2	
<i>mono-linyah</i>	2	
<i>necon 0.5/35-28</i>	3	
<i>nikki</i>	3	
<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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>ocella</i>	3	
<i>orsythia</i>	2	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtrea</i>	3	
<i>pirmella 1/35</i>	2	
<i>portia-28</i>	2	
<i>previfem</i>	2	
<i>reclipsen</i>	2	
<i>setlakin</i>	3	
<i>sharobel TABS .35mg</i>	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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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	
<i>tri-vylibra lo</i>	3	
<i>trivora-28</i>	2	
<i>tulana TABS .35mg</i>	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 CAPS 50mg, 100mg, 200mg</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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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	
<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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i> 0.5 mg-2.5 mcg	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i> 1 mg-5 mcg	3	
<i>yuvafem</i> TABS 10mcg	4	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>cortisone acetate</i> TABS 25mg	4	
<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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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	
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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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
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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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
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	GC
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>megestrol acetate (appetite) SUSP</i> 625mg/5ml	4	PA
<i>norethindrone acetate TABS</i> 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	
<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	GC
<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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>calcitriol</i> SOLN 1mcg/ml	4	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	4	B/D
RAYALDEE CPCR 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	
<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	GC
<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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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	
<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	GC, QL (120 tabs / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 40mg	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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	
<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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 90

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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</i> 2.5-0.025 mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab</i> 2.5-0.025 mg	3	
GATTEX KIT 5mg	5	NM, LA, PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	4	QL (30 caps / 30 days)
<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>sucralfate</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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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	
PROTON PUMP INHIBITORS		
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	GC
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg	4	
<i>pantoprazole sodium</i> TBEC 20mg, 40mg	1	GC
<u>GENITOURINARY</u>		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	3	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg	4	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1	GC
<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)
<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	
--	---	--

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 93

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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/NACL INJ 25000UNT	3	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D
<i>heparin sodium (porcine) 100 unit/ml in d5w</i>	3	
<i>heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol 20000 unit/500ml-5%</i>	3	
<i>heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol 25000 unit/500ml-5%</i>	3	
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	3	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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	GC
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
<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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 95

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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	GC
<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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 96

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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
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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4	B/D
<i>IMMUNOGLOBULINS</i>		
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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
INTRON A SOLN 10mu/ml, 6000000unit/ml; SOLR 10mu, 18mu, 50mu	5	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 100

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 101

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/NACL INJ 0.45%	3	
D5W/LYTES INJ #48	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
D5W/NAACL INJ 0.3%	3	
D10W/NAACL 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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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	
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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 104

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</i>		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	4	
<i>klor-con 8</i> TBCR 8meq	2	
<i>klor-con 10</i> TBCR 10meq	2	
<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	
<i>IV NUTRITION</i>		
AMINOSYN-PF INJ 7%	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 105

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
CLINIMIX INJ 4.25/D10	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	4	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	4	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	B/D
<i>dextrose 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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
OPHTHALMIC		
<i>ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY</i>		
<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	
<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	
<i>ANTI-INFECTIVES</i>		
<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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 107

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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-polymyx-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	3	
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	2	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	3	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	2	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	4	
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTI-INFLAMMATORIES		
ALREX SUSP .2%	3	
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .09%</i>	4	
BROMSITE SOLN .075%	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	3	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	2	
DUREZOL EMUL .05%	3	
FLAREX SUSP .1%	4	
<i>fluorometholone (ophth) SUSP .1%</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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 108

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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	
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	GC
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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 109

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	1	GC
<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	
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	GC
<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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>propracaine 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)
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</i> SOLN .02%	2	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 111

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
ANTI-HISTAMINES		
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%, .15%	3	
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 1mg/ml	2	
<i>cyproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	3	PA; PA if 70 years and older
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	3	
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	4	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml	3	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	2	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	2	PA; PA if 70 years and older
<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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 112

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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	GC
<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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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
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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 114

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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)
STERIOD 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)

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 115

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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)
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)

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 116

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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	
<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)

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 117

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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

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	GC
<i>ala-cort</i> CREA 2.5%	2	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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)
<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	

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 119

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	4	QL (50 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%	1	GC
<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
<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

DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE

<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1%	3	QL (1000 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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 120

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<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)
<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

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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura. 121

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
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	GC
<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	GC
<i>perio gard</i> SOLN .12%	1	GC
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	4	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	3	
OTIC		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	3	
<i>flac OIL .01%</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%</i>	4	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	3	
<i>ofloxacin (otic) SOLN .3%</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 **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Indice de Medicamentos

A	
<i>abacavir sulfate</i>	9
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	12
<i>abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg</i>	12
ABELCET	8
ABILIFY MAINTENA	57
<i>abiraterone acetate</i>	22
ABRAXANE INJ 100MG.....	24
<i>acamprosate calcium</i>	66
<i>acarbose</i>	68
<i>accutane</i>	116
<i>acebutolol hcl</i>	40
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	2
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	3
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	3
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	3
<i>acetazolamide</i>	42
<i>acetic acid</i>	93
<i>acetic acid (otic)</i>	122
<i>acetylcysteine</i>	113
<i>acitretin</i>	118
ACTHIB INJ.....	101
ACTIMMUNE.....	99
<i>acyclovir</i>	14
<i>acyclovir sodium</i>	14
ADACEL INJ	101
<i>adefovir dipivoxil</i>	14
ADEMPAS	45
ADRENALIN	43
<i>adriamycin</i>	21
ADVAIR DISKU AER 100/50	116
ADVAIR DISKU AER 250/50	116
ADVAIR DISKU AER 500/50	116
ADVAIR HFA AER 115/21	116
ADVAIR HFA AER 230/21	116
ADVAIR HFA AER 45/21.....	116
AFINITOR	25
AFINITOR DISPERZ	25
<i>afirmelle</i>	74
AIMOVIG	63
<i>ala-cort</i>	118
<i>albendazole</i>	5
<i>albuterol sulfate</i>	112
<i>alclometasone dipropionate</i>	118
ALDURAZYME.....	84
ALECENSA	25
<i>alendronate sodium</i>	73
<i>alfuzosin hcl</i>	92
ALIMTA	22
<i>aliskiren fumarate</i>	43
<i>allopurinol</i>	1
<i>alose tron hcl</i>	91
ALPHAGAN P.....	109
<i>alprazolam</i>	45
ALREX.....	108
<i>altavera</i>	74
ALUNBRIG	25
ALUNBRIG PAK.....	25
<i>alyacen 1/35</i>	74
<i>alyacen 7/7/7</i>	74
<i>amabelz</i>	82
<i>amantadine hcl</i>	55
AMBISOME	8
<i>ambrisentan</i>	45
<i>amikacin sulfate</i>	5
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	42
<i>amiloride hcl</i>	42
AMINOSYN-PF INJ 7%	105
<i>amiodarone hcl</i>	38
<i>amitriptyline hcl</i>	52
<i>amlodipine besylate</i>	41
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	33
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	33
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	32

<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-10 mg	33	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 200-28.5 mg/5ml	18
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-20 mg	33	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 250-62.5 mg/5ml	18
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-40 mg	33	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 400-57 mg/5ml	18
<i>amlodipine besylate-olmesartan</i> <i>medoxomil tab</i> 10-20 mg	35	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 600-42.9 mg/5ml	18
<i>amlodipine besylate-olmesartan</i> <i>medoxomil tab</i> 10-40 mg	35	<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 250-125 mg	18
<i>amlodipine besylate-olmesartan</i> <i>medoxomil tab</i> 5-20 mg	35	<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 500-125 mg	18
<i>amlodipine besylate-olmesartan</i> <i>medoxomil tab</i> 5-40 mg	35	<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 875-125 mg	18
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 10- 160 mg	35	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er</i> 12hr 1000-62.5 mg	18
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 10- 320 mg	35	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap</i> <i>er</i> 24hr 10 mg	61
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 5- 160 mg	35	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap</i> <i>er</i> 24hr 15 mg	61
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 5- 320 mg	35	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap</i> <i>er</i> 24hr 20 mg	61
<i>amlodipine-valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 10-160-12.5 mg	35	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap</i> <i>er</i> 24hr 25 mg	61
<i>amlodipine-valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 10-160-25 mg	36	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap</i> <i>er</i> 24hr 30 mg	61
<i>amlodipine-valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 10-320-25 mg	36	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap</i> <i>er</i> 24hr 5 mg	61
<i>amlodipine-valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 5-160-12.5 mg	35	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 10 mg	62
<i>amlodipine-valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 5-160-25 mg	35	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 12.5 mg	62
<i>amnestem</i>	116	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 15 mg	62
<i>amoxapine</i>	52	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 20 mg	62
<i>amoxicillin</i>	18	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 30 mg	62
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab</i> 200-28.5 mg	18	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 30 mg	62
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab</i> 400-57 mg	18	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 5 mg	61
		<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 7.5 mg	61
		<i>amphotericin b</i>	8
		<i>ampicillin</i>	19

<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj</i>		<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25</i>	
1.5 (1-0.5) gm	19	mg	9
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3</i>		ATROPINE SULFATE	110
(2-1) gm	19	ATROVENT HFA	111
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv</i>		<i>aubra eq</i>	74
soln 1.5 (1-0.5) gm.....	19	<i>aurovela 1/20</i>	74
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv</i>		<i>aurovela fe 1.5/30</i>	74
soln 15 (10-5) gm.....	19	<i>aurovela fe 1/20</i>	74
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv</i>		AURYXIA	86
soln 3 (2-1) gm	19	AUSTEDO	64
<i>ampicillin sodium</i>	19	AVASTIN	25
<i>anagrelide hcl</i>	95	<i>aviane</i>	75
<i>anastrozole</i>	22	<i>avita</i>	116
ANDRODERM	67	<i>ayuna</i>	75
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	111	AYVAKIT	25
APOKYN	55	<i>azacitidine</i>	22
<i>aprepitant</i>	88	<i>azathioprine</i>	100
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &</i>		<i>azelastine hcl</i>	112
125 mg	88	<i>azelastine hcl (ophth)</i>	109
<i>apri</i>	74	<i>azithromycin</i>	17
APTIOM.....	46	AZOPT	109
APTIVUS.....	9	<i>aztreonam</i>	5
ARALAST NP	113	<i>azurette</i>	75
<i>aranelle</i>	74	B	
ARCALYST	99	<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	107
<i>aripiprazole</i>	57	<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i> ...	107
ARISTADA	57	<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc</i>	
ARISTADA INITIO	57	<i>ophth oint 1%</i>	107
<i>armodafinil</i>	66	<i>baclofen</i>	66
ARNUITY ELLIPTA	115	<i>balsalazide disodium</i>	89
<i>asenapine maleate</i>	57	BALVERSA	25
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-</i>		<i>balziva</i>	75
200 mg	96	BANZEL.....	46
<i>atazanavir sulfate</i>	10	BARACLUDE.....	14
<i>atenolol</i>	40	BASAGLAR KWIKPEN.....	71
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25</i>		BCG VACCINE INJ.....	101
mg.....	40	BD ALCOHOL SWABS	71
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>		<i>bekyree</i>	75
.....	40	BELSOMRA	63
<i>atomoxetine hcl</i>	62	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>atorvastatin calcium</i>	39	10-12.5 mg.....	33
<i>atovaquone</i>	5	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100</i>		20-12.5 mg.....	33
mg.....	9	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i>	
		20-25 mg	33

BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 5- 6.25MG	33	BREZTRI AERO AER SPHERE	111
<i>benazepril hcl</i>	34	BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	111
BENDEKA	21	<i>briellyn</i>	75
BENLYSTA	100	BRILINTA	96
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5- 3%</i>	116	<i>brimonidine tartrate</i>	110
<i>benztropine mesylate</i>	55	<i>brinzolamide</i>	110
<i>bepotastine besilate</i>	109	BRIVIACT	46
BEPREVE	109	<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	108
BERINERT.....	95	<i>bromocriptine mesylate</i>	55
BESIVANCE.....	107	BROMSITE.....	108
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	119	BRUKINSA.....	25
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	119	<i>budesonide</i>	89
<i>betamethasone valerate</i>	119	<i>budesonide (inhalation)</i>	115
BETASERON.....	65	<i>bumetanide</i>	42
<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	109	<i>buprenorphine hcl</i>	66
<i>bethanechol chloride</i>	93	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	66
BETOPTIC-S.....	109	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	66
BEVESPI AER 9-4.8MCG	111	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	66
<i>bexarotene</i>	24	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	66
BEXSERO INJ	101	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	66
<i>bicalutamide</i>	22	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	67
BICILLIN L-A.....	19	<i>bupropion hcl</i>	53
BIKTARVY TAB	12	<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	67
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10- 6.25 mg</i>	40	<i>buspirone hcl</i>	45, 46
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	40	<i>butorphanol tartrate</i>	3
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5- 6.25 mg</i>	40	BYDUREON BCISE	68
<i>bisoprolol fumarate</i>	40	BYDUREON PEN.....	68
BIVIGAM	98	BYETTA.....	68
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.....	107	BYSTOLIC.....	40
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	75	C	
BOOSTRIX INJ.....	101	<i>cabergoline</i>	84
BORTEZOMIB.....	25	CABOMETYX	25
<i>bosentan</i>	45	<i>calcipotriene</i>	118
BOSULIF	25	<i>calcitonin (salmon) spray</i>	73
BRAFTOVI.....	25	<i>calcitrene</i>	118
BREO ELLIPTA INH 100-25.....	116	<i>calcitriol</i>	87, 88
BREO ELLIPTA INH 200-25.....	116	<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> ...86	
		CALQUENCE.....	25

<i>camila</i>	75	<i>cefepime hcl</i>	16
CAPLYTA	57	<i>cefixime</i>	16
CAPRELSA	26	<i>cefoxitin sodium</i>	16
<i>captopril</i>	34	<i>cefpodoxime proxetil</i>	16
CARB/LEVO ORALLY DISINTEGRATING TAB 10-100MG	55	<i>cefprozil</i>	16
CARB/LEVO ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-100MG	56	<i>ceftazidime</i>	16
CARB/LEVO ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-250MG	56	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	16
CARBAGLU.....	84	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	16
<i>carbamazepine</i>	46	<i>ceftriaxone sodium</i>	16
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i> 56		<i>cefuroxime axetil</i>	16
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i> 56		<i>cefuroxime sodium</i>	16
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i> 56		<i>celecoxib</i>	1
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	56	CELONTIN	46
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	56	<i>cephalexin</i>	16
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>12.5-50-200 mg</i>	56	CERDELGA.....	84
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>18.75-75-200 mg</i>	56	CEREZYME.....	84
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>25-100-200 mg</i>	56	<i>cetirizine hcl</i>	112
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>31.25-125-200 mg</i>	56	<i>cevimeline hcl</i>	122
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>37.5-150-200 mg</i>	56	CHANTIX	67
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>50-200-200 mg</i>	56	CHANTIX CONTINUING MONTH	67
<i>carboplatin</i>	21	CHANTIX PAK 0.5& 1MG	67
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	110	<i>chateal</i>	75
<i>cartia xt</i>	41	CHEMET	74
<i>carvedilol</i>	40	<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	122
<i>casprofungin acetate</i>	8	<i>chloroquine phosphate</i>	9
CAYSTON	5	<i>chlorpromazine hcl</i>	57
<i>caziant</i>	75	CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR.....	58
<i>cefaclor</i>	15	<i>chlorthalidone</i>	43
CEFACLOR ER	15	<i>cholestyramine</i>	39
<i>cefadroxil</i>	15	<i>cholestyramine light</i>	39
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML.....	16	<i>ciclopirox olamine</i>	117
<i>cefazolin sodium</i>	16	<i>cilostazol</i>	95
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	16	CILOXAN	107
<i>cefdinir</i>	16	CIMDUO TAB 300-300	12
		<i>cinacalcet hcl</i>	84
		CIPRO.....	17
		<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i> ...	17
		<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i> ...	17
		<i>ciprofloxacin hcl</i>	17
		<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	107
		<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> <i>0.3-0.1%</i>	123
		<i>cisplatin</i>	21
		<i>citalopram hydrobromide</i>	53

<i>claravis</i>	116	<i>colestipol hcl</i>	39
<i>clarithromycin</i>	17	<i>colistimethate sodium</i>	5
<i>clindamycin hcl</i>	5	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	110
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> ...	5	COMBIVENT AER 20-100	111
<i>clindamycin phosphate</i>	5	COMETRIQ (60MG DOSE)	26
<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	116, 117	COMETRIQ KIT 100MG	26
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	5	COMETRIQ KIT 140MG	26
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	5	COMPLERA TAB	12
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	5	<i>compro</i>	88
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	93	<i>constulose</i>	90
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML.....	5	COPIKTRA	26
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML.....	5	CORLANOR	43
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML.....	5	<i>cortisone acetate</i>	83
CLINIMIX INJ 4.25/D10	106	COTELLIC.....	26
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	105	CREON CAP 12000UNT	92
CLINIMIX INJ 5%/D15W	106	CREON CAP 24000UNT	92
CLINIMIX INJ 5%/D20W	106	CREON CAP 3000UNIT.....	92
CLINIMIX INJ 6/5	106	CREON CAP 36000UNT	92
CLINIMIX INJ 8/10.....	106	CREON CAP 6000UNIT.....	92
CLINIMIX INJ 8/14.....	106	CRIXIVAN.....	10
<i>clinisol sf 15%</i>	106	<i>cromolyn sodium</i>	113
CLINOLIPID EMU 20%	106	<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	91
<i>clobazam</i>	46	<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	109
<i>clobetasol propionate</i>	119	<i>cryselle-28</i>	75
<i>clobetasol propionate e</i>	119	<i>cyclafem 1/35</i>	75
<i>clomipramine hcl</i>	53	<i>cyclafem 7/7/7</i>	75
<i>clonazepam</i>	46, 47	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	66
<i>clonidine</i>	43	<i>cyclophosphamide</i>	21
<i>clonidine hcl</i>	43	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	21
<i>clopidogrel bisulfate</i>	96	<i>cycloserine</i>	13
<i>clorazepate dipotassium</i>	47	<i>cyclosporine</i>	100
<i>clotrimazole</i>	122	<i>cyclosporine modified (for</i> <i>microemulsion)</i>	100
<i>clotrimazole (topical)</i>	117	<i>cyproheptadine hcl</i>	112
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> 1-0.05%.....	117	<i>cyred eq</i>	75
<i>clozapine</i>	58	CYSTADANE POW	84
COARTEM TAB 20-120MG	9	CYSTADROPS.....	110
<i>colchicine</i>	1	CYSTAGON	84
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500</i> <i>mg</i>	1	CYSTARAN.....	110
<i>colesevelam hcl</i>	39	<i>cytarabine</i>	22
		D	
		D10W/NACL INJ 0.2%	103
		D2.5W/NACL INJ 0.45%	102
		D5W/LYTES INJ #48	102
		D5W/NACL INJ 0.3%.....	103

<i>dalfampridine</i>	65	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	103
DALIRESP	113	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	103
<i>danazol</i>	81	DIACOMIT	47
<i>dantrolene sodium</i>	66	<i>diazepam</i>	47
<i>dapsone</i>	5	<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	47
DAPTACEL INJ	101	<i>diazepam inj</i>	47
<i>daptomycin</i>	6	<i>diazoxide</i>	84
DAPTOMYCIN	5	<i>diclofenac potassium</i>	1
<i>dasetta 1/35</i>	75	<i>diclofenac sodium</i>	1
<i>dasetta 7/7/7</i>	75	<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	108
DAURISMO	26	<i>diclofenac sodium (topical)</i>	120
<i>deblitane</i>	75	<i>dicloxacillin sodium</i>	19
<i>deferasirox</i>	74	<i>dicyclomine hcl</i>	89
DELESTROGEN	82	DIFICID	17
DELSTRIGO TAB	12	<i>diflunisal</i>	1
DESCOVY TAB 200/25MG	12	<i>digitek</i>	44
<i>desipramine hcl</i>	53	<i>digox</i>	44
<i>desmopressin acetate</i>	85	<i>digoxin</i>	44
<i>desmopressin acetate spray</i>	85	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	63, 64
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	85	DILANTIN	47
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab</i> <i>0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	75	DILANTIN INFATABS	47
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15</i> <i>mg-30 mcg</i>	75	DILANTIN-125	47
<i>desvenlafaxine succinate</i>	53	<i>diltiazem hcl</i>	41
<i>dexamethasone</i>	83	<i>diltiazem hcl coated beads</i>	41
DEXAMETHASONE INTENSOL	83	<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	42
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	83	<i>dilt-xr</i>	41
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> <i>(ophth)</i>	108	DIP/TET PED INJ 25-5LFU	101
DEXILANT	92	<i>diphenhydramine hcl</i>	112
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	62	<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025</i> <i>mg/5ml</i>	91
<i>dextrose</i>	106	<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i> <i>0.025 mg</i>	91
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride</i> <i>0.45%</i>	103	<i>dipyridamole</i>	96
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride</i> <i>0.45%</i>	103	<i>disopyramide phosphate</i>	38
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	103	<i>disulfiram</i>	67
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	103	<i>divalproex sodium</i>	47
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i> <i>0.225%</i>	103	<i>docetaxel</i>	24
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	103	DOCETAXEL	24
		<i>dofetilide</i>	38
		<i>donepezil hydrochloride</i>	52
		DOPTELET	95
		<i>dorzolamide hcl</i>	110

<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i>	110	<i>emtricitabine</i>	10
<i>dotti</i>	82	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	12
DOVATO TAB 50-300MG	12	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	12
<i>doxazosin mesylate</i>	35	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	12
<i>doxepin hcl</i>	53	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	13
<i>doxepin hcl (sleep)</i>	63	EMTRIVA	10
<i>doxorubicin hcl</i>	21	EMVERM.....	6
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	21	<i>enalapril maleate</i>	34
<i>doxy 100</i>	20	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	33
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	20	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	33
<i>doxycycline hyclate</i>	20	ENBREL.....	96, 97
DRIZALMA SPRINKLE	53	ENBREL MINI	97
<i>dronabinol</i>	88	ENBREL SURECLICK.....	97
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	75	ENDARI.....	95
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	76	<i>endocet tab 10-325mg</i>	3
DROXIA.....	95	<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	3
<i>droxidopa</i>	44	<i>endocet tab 5-325mg</i>	3
<i>duloxetine hcl</i>	53	<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	3
DUREZOL	108	ENGERIX-B	101
<i>dutasteride</i>	93	<i>enoxaparin sodium</i>	94
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	93	<i>enpresse-28</i>	76
E		<i>enskyce</i>	76
<i>e.e.s. 400</i>	17	ENSTILAR AER	119
<i>ec-naproxen</i>	1	<i>entacapone</i>	56
EDURANT	10	<i>entecavir</i>	14
<i>efavirenz</i>	10	ENTRESTO TAB 24-26MG.....	36
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	12	ENTRESTO TAB 49-51MG.....	36
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	12	ENTRESTO TAB 97-103MG.....	36
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	12	<i>enulose</i>	90
<i>elinest</i>	76	EPCLUSA TAB 200-50MG	14
ELIQUIS	94	EPCLUSA TAB 400-100	14
ELIQUIS STARTER PACK	94	EPIDIOLEX	47
ELLA	76	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	113
<i>eluryng</i>	76	<i>epirubicin hcl</i>	21
EMCYT	22	<i>epitol</i>	48
EMEND.....	88	EPIVIR HBV	14
<i>emoquette</i>	76	<i>eplerenone</i>	34
EMSAM.....	53	<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i> 64	
		ERIVEDGE	26

ERLEADA	22	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20</i>	
<i>erlotinib hcl</i>	26	<i>mg/50ml</i>	89
<i>errin</i>	76	FANAPT	58
<i>ertapenem sodium</i>	6	FANAPT PAK	58
<i>ery</i>	117	FARXIGA	68
<i>ery-tab</i>	17	FARYDAK.....	26
ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	17	FASENRA.....	114
<i>erythrocin stearate</i>	17	FASENRA PEN	114
<i>erythromycin (acne aid)</i>	117	<i>felbamate</i>	48
<i>erythromycin (ophth)</i>	107	<i>felodipine</i>	42
<i>erythromycin base</i>	17	<i>femynor</i>	76
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	17	<i>fenofibrate</i>	38
ESBRIET.....	113, 114	<i>fenofibrate micronized</i>	39
<i>escitalopram oxalate</i>	53	<i>fentanyl</i>	2
<i>esomeprazole magnesium</i>	92	<i>fentanyl citrate</i>	3
<i>estarylla</i>	76	FETZIMA	53
<i>estradiol</i>	82	FETZIMA CAP TITRATIO.....	54
<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i>		FIASP FLEX INJ TOUCH.....	71
<i>0.5-0.1 mg</i>	82	FIASP INJ 100/ML.....	71
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-</i>		FIASP PENFIL INJ U-100	71
<i>0.5 mg</i>	82	<i>finasteride</i>	93
<i>estradiol vaginal</i>	82	FINTEPLA	48
<i>estradiol valerate</i>	82	<i>flac</i>	123
<i>ethambutol hcl</i>	13	FLAREX	108
<i>ethosuximide</i>	48	FLEBOGAMMA DIF	99
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol</i>		<i>flecainide acetate</i>	38
<i>tab 1 mg-35 mcg</i>	76	FLOVENT DISKUS	115
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol</i>		FLOVENT HFA	115
<i>tab 1 mg-50 mcg</i>	76	<i>fluconazole</i>	8
etodolac	1	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200</i>	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring</i>		<i>mg/100ml</i>	8
<i>0.120-0.015 mg/24hr</i>	76	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400</i>	
<i>etoposide</i>	24	<i>mg/200ml</i>	8
<i>etravirine</i>	10	<i>flucytosine</i>	8
<i>euthyrox</i>	87	<i>fludrocortisone acetate</i>	83
<i>everolimus</i>	26	<i>flunisolide (nasal)</i>	115
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> ...	100	<i>fluocinolone acetonide</i>	119
EVOTAZ TAB 300-150	13	<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	123
<i>exemestane</i>	22	<i>fluocinonide</i>	119
<i>ezetimibe</i>	39	<i>fluocinonide emulsified base</i>	119
F		<i>fluorometholone (ophth)</i>	108
FABRAZYME	85	<i>fluorouracil</i>	22
<i>falmina</i>	76	<i>fluorouracil (topical)</i>	121
<i>famciclovir</i>	14	<i>fluoxetine hcl</i>	54
<i>famotidine</i>	89	<i>fluphenazine decanoate</i>	58

<i>fluphenazine hcl</i>	58
<i>flurbiprofen</i>	1
<i>flurbiprofen sodium</i>	109
<i>flutamide</i>	22
<i>fluticasone propionate</i>	119
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	115
<i>fluvoxamine maleate</i>	46
<i>fondaparinux sodium</i>	94
FORTEO	73
<i>fosamprenavir calcium</i>	10
<i>fosinopril sodium</i>	34
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 10-12.5 mg</i>	33
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 20-12.5 mg</i>	33
FOTIVDA	26
FREAMINE HBC INJ 6.9%	106
FREAMINE III INJ 10%	106
<i>fulvestrant</i>	22
<i>furosemide</i>	43
<i>furosemide inj</i>	43
FUZEON	10
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	82
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	82
FYCOMPA	48
G	
<i>gabapentin</i>	48
<i>galantamine hydrobromide</i>	52
GAMASTAN INJ	99
GAMMAGARD LIQUID	99
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	99
GAMMAKED	99
GAMMAPLEX	99
GAMUNEX-C	99
<i>ganciclovir sodium</i>	14
GARDASIL 9 INJ	101
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	107
GATTEX	91
GAUZE PADS 2	71
<i>gavilyte-c</i>	90
<i>gavilyte-g</i>	90
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	90
GAVRETO	26
<i>gemcitabine hcl</i>	22
<i>gemfibrozil</i>	39

<i>generlac</i>	90
<i>gengraf</i>	100
GENOTROPIN	85
GENOTROPIN MINIQUICK	85
<i>gentak</i>	107
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	6
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	6
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	6
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	6
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	6
<i>gentamicin sulfate</i>	6
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	108
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	117
GENVOYA TAB	13
<i>gianvi</i>	76
GILENYA	65
GILOTRIF	26
<i>glatiramer acetate</i>	65
<i>glatopa</i>	65, 66
<i>glimepiride</i>	68
<i>glipizide</i>	68
<i>glipizide xl</i>	68
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	68
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	68
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	69
<i>glycopyrrolate</i>	89
<i>glydo</i>	120
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	69
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	69
GOLYTELY SOL	90
<i>granisetron hcl</i>	88
<i>griseofulvin microsize</i>	8
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	8
<i>guanfacine hcl</i>	44
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	62
GVOKE HYOPEN 2-PACK	84
GVOKE PFS	84
H	
HAEGARDA	95
<i>hailey 1.5/30</i>	76
<i>halobetasol propionate</i>	120
<i>haloperidol</i>	58
<i>haloperidol decanoate</i>	58

<i>haloperidol lactate</i>	58	<i>hydrocortisone</i>	83
HARVONI PAK 33.75-150MG	14	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	90
HARVONI PAK 45-200MG	14	<i>hydrocortisone (rectal)</i>	121
HARVONI TAB 45-200MG	14	<i>hydrocortisone (topical)</i>	120
HARVONI TAB 90-400MG	15	<i>hydromorphone hcl</i>	3
HAVRIX	101	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	98
<i>heather</i>	76	<i>hydroxyurea</i>	24
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	94	<i>hydroxyzine hcl</i>	112
<i>heparin sodium (porcine)</i>	94	<i>hydroxyzine pamoate</i>	112
<i>heparin sodium (porcine) 100 unit/ml in d5w</i>	94	HYSINGLA ER.....	2
<i>heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol 20000 unit/500ml-5%</i>	94	I	
<i>heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol 25000 unit/500ml-5%</i>	94	<i>ibandronate sodium</i>	73
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	94	IBRANCE	26, 27
<i>hepatamine</i>	106	<i>ibu</i>	1
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	26	<i>ibuprofen</i>	2
HERCEPTIN	26	<i>icatibant acetate</i>	96
HERZUMA	26	<i>iclevia</i>	76
HETLIOZ	63	ICLUSIG	27
HIBERIX	101	IDHIFA.....	27
HUMIRA	97	ILEVRO	109
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS.....	97	<i>imatinib mesylate</i>	27
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D	97	IMBRUVICA	27
HUMIRA PEN	97	<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	6
HUMIRA PEN KIT PS/UV.....	97	<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	6
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	97	<i>imipramine hcl</i>	54
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S.....	97	<i>imiquimod</i>	121
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	97	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	101
HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....	71	<i>incassia</i>	76
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	71	INCRELEX.....	85
<i>hydralazine hcl</i>	44	INCRUSE ELLIPTA.....	111
<i>hydrochlorothiazide</i>	43	<i>indapamide</i>	43
<i>hydrocodone bitartrate</i>	2	INFANRIX INJ	101
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	3	INGREZZA	64
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	3	INGREZZA CAP 40-80MG	64
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	3	INLYTA.....	27
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	3	INQOVI TAB 35-100MG	24
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	3	INREBIC.....	27
		INSULIN SAFETY NEEDLES.....	72
		INSULIN SYRINGES:	
		BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC	72
		INTELENCE	10
		INTRALIPID	106

INTRON A.....	99	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	69
<i>introvale</i>	76	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG.....	69
INVEGA SUSTENNA.....	58, 59	<i>jinteli</i>	82
INVEGA TRINZA	59	<i>jolessa</i>	77
INVIRASE	10	<i>juleber</i>	77
IPOL INJ INACTIVE	101	JULUCA TAB 50-25MG	13
<i>ipratropium bromide</i>	111	<i>junel 1.5/30</i>	77
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	111	<i>junel 1/20</i>	77
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-</i>		<i>junel fe 1.5/30</i>	77
<i>2.5(3) mg/3ml</i>	111	<i>junel fe 1/20</i>	77
<i>irbesartan</i>	37	JUXTAPID	39
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-</i>		K	
<i>12.5 mg</i>	36	KADCYLA.....	28
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-</i>		KALETRA TAB 100-25MG	13
<i>12.5 mg</i>	36	KALETRA TAB 200-50MG	13
IRESSA	27	KALYDECO.....	114
<i>irinotecan hcl</i>	24	KANJINTI	28
ISENTRESS.....	10	<i>kariva</i>	77
ISENTRESS HD.....	10	<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5%</i>	
<i>isibloom</i>	77	<i>& nacl 0.45% inj</i>	103
ISOLYTE-P INJ /D5W	103	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &</i>	
ISOLYTE-S INJ	103	<i>nacl 0.2% inj</i>	103
<i>isoniazid</i>	13	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &</i>	
ISOPTO ATROPINE.....	110	<i>nacl 0.45% inj</i>	103
<i>isosorbide dinitrate</i>	44	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &</i>	
<i>isosorbide mononitrate</i>	45	<i>nacl 0.9% inj</i>	103
<i>isotretinoin</i>	117	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	
<i>isradipine</i>	42	103
<i>itraconazole</i>	8	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	
<i>ivermectin</i>	6	103
IXIARO INJ	101	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5%</i>	
J		<i>& nacl 0.45% inj</i>	103
JAKAFI	28	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &</i>	
<i>jantoven</i>	94	<i>nacl 0.45% inj</i>	104
JANUMET TAB 50-1000.....	69	KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2	104
JANUMET TAB 50-500MG	69	KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	104
JANUMET XR TAB 100-1000	69	<i>kelnor 1/35</i>	77
JANUMET XR TAB 50-1000	69	<i>kelnor 1/50</i>	77
JANUMET XR TAB 50-500MG	69	<i>ketoconazole</i>	8
JANUVIA.....	69	<i>ketoconazole (topical)</i>	118
JARDIANCE.....	69	<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	109
<i>jasmiel</i>	77	KEYTRUDA.....	28
JENTADUETO TAB 2.5-1000	69	KINRIX INJ	101
JENTADUETO TAB 2.5-500	69	KISQALI	28
JENTADUETO TAB 2.5-850	69	KISQALI 200 PAK FEMARA	24

KISQALI 400 PAK FEMARA	24	LEUKERAN.....	21
KISQALI 600 PAK FEMARA	24	<i>leuprolide acetate</i>	23
<i>klor-con</i>	105	<i>levabuterol hcl</i>	113
<i>klor-con 10</i>	105	<i>levabuterol tartrate</i>	113
<i>klor-con 8</i>	105	LEVEMIR	72
<i>klor-con m10</i>	105	LEVEMIR FLEXTOUCH.....	72
<i>klor-con m15</i>	105	<i>levetiracetam</i>	49
<i>klor-con m20</i>	105	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>	
KORLYM	85	1000 mg/100ml.....	49
<i>kurvelo</i>	77	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>	
KYNMOBI.....	56	1500 mg/100ml.....	49
L		<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>	
<i>labetalol hcl</i>	40	500 mg/100ml	49
<i>lactated ringer's solution</i>	104	<i>levobunolol hcl</i>	110
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	121	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> ...	85
<i>lactulose</i>	90	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	112
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	90	<i>levofloxacin</i>	18
<i>lamivudine</i>	10	<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	
<i>lamivudine (hbv)</i>	15	18
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>		<i>levofloxacin in d5w iv soln 500</i>	
.....	13	mg/100ml.....	18
<i>lamotrigine</i>	48, 49	<i>levofloxacin in d5w iv soln 750</i>	
<i>lansoprazole</i>	92	mg/150ml.....	18
<i>lapatinib ditosylate</i>	28	<i>levonest</i>	77
<i>larin 1.5/30</i>	77	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-</i>	
<i>larin 1/20</i>	77	<i>day) tab 0.15-0.03 mg</i>	77
<i>larin fe 1.5/30</i>	77	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i>	
<i>larin fe 1/20</i>	77	0.1 mg-20 mcg	78
<i>larissia</i>	77	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i>	
LASTACAFT.....	109	0.15 mg-30 mcg.....	78
<i>latanoprost</i>	110	<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-</i>	
LATUDA.....	59	30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	78
<i>leena</i>	77	<i>levora 0.15/30-28</i>	78
<i>leflunomide</i>	98	<i>levo-t</i>	87
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	28	<i>levothyroxine sodium</i>	87
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	28	<i>levoxyl</i>	87
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	28	LEXIVA.....	10
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	28	<i>lidocaine</i>	120
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	28	<i>lidocaine hcl</i>	120
LENVIMA CAP 14 MG	28	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	4
LENVIMA CAP 18 MG	28	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	122
LENVIMA CAP 24 MG	28	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	120
<i>lessina</i>	77	<i>lillow</i>	78
<i>letrozole</i>	22	<i>linezolid</i>	6
<i>leucovorin calcium</i>	32		

<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%</i>	6	LUMIZYME	85
LINZESS.....	91	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	23
<i>liothyronine sodium</i>	87	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	23
<i>lisinopril</i>	34	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH.....)	85
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	33	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH.....)	85
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	33	<i>lutera</i>	78
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	34	<i>lyleq</i>	78
LITHIUM.....	65	<i>lyllana</i>	82
<i>lithium carbonate</i>	65	LYNPARZA	28
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	78	LYRICA CR.....	65
<i>loestrin 1/20-21</i>	78	LYSODREN	23
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	78	<i>lyza</i>	78
<i>loestrin fe 1/20</i>	78	M	
LOKELMA.....	74	<i>magnesium sulfate</i>	104
LONSURF TAB 15-6.14	24	MAGNESIUM SULFATE.....	104
LONSURF TAB 20-8.19	24	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	104
<i>loperamide hcl</i>	91	<i>malathion</i>	122
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	13	<i>marlissa</i>	78
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	13	MARPLAN	54
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	13	MATULANE	24
<i>lopreeza</i>	82	MAVYRET TAB 100-40MG.....	15
<i>lorazepam</i>	46	<i>meclizine hcl</i>	88
<i>lorazepam intensol</i>	46	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	86
LORBRENA.....	28	<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>	78
<i>loryna</i>	78	<i>mefloquine hcl</i>	9
<i>losartan potassium</i>	37	<i>megestrol acetate</i>	23, 86
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	36	<i>megestrol acetate (appetite)</i>	87
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	36	MEKINIST.....	28
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	36	MEKTOVI.....	28
LOTEMAX	109	<i>meloxicam</i>	2
<i>lovastatin</i>	39	<i>memantine hcl</i>	52
<i>low-ogestrel</i>	78	MENACTRA INJ.....	101
<i>loxapine succinate</i>	59	MENQUADFI INJ	101
LUMAKRAS	28	MENVEO INJ	101
LUMIGAN.....	110	<i>mercaptopurine</i>	22
		<i>meropenem</i>	6
		<i>mesalamine</i>	90
		<i>mesalamine w/ cleanser</i>	90
		MESNEX	32
		<i>metadate er</i>	62
		<i>metformin hcl</i>	69, 70
		<i>methadone hcl</i>	2
		<i>methadone hydrochloride i</i>	2

<i>methazolamide</i>	43	<i>mometasone furoate</i>	120
<i>methenamine hippurate</i>	6	<i>mondoxyne nl</i>	20
<i>methimazole</i>	87	MONJUVI.....	28
<i>methotrexate sodium</i>	22, 98	<i>mono-lynyah</i>	79
METHYLDOPA.....	44	<i>montelukast sodium</i>	113
<i>methylphenidate hcl</i>	62, 63	<i>morphine sulfate</i>	2, 3, 4
<i>methylprednisolone</i>	83	MORPHINE SULFATE.....	4
<i>methylprednisolone acetate</i>	83	MOVANTIK.....	91
<i>methylprednisolone sod succ</i>	83	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	108
<i>metoclopramide hcl</i>	88	MULTAQ.....	38
<i>metolazone</i>	43	<i>mupirocin</i>	117
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-25 mg.....	40	MVASI.....	28
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-50 mg.....	40	<i>mycophenolate mofetil</i>	100
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 50-25 mg.....	40	<i>mycophenolate sodium</i>	100
<i>metoprolol succinate</i>	41	<i>myorisan</i>	117
<i>metoprolol tartrate</i>	41	MYRBETRIQ.....	93
<i>metronidazole</i>	6	N	
<i>metronidazole (topical)</i>	121	<i>nabumetone</i>	2
<i>metronidazole in nacl 0.79% iv soln 500</i> <i>mg/100ml</i>	6	<i>nadolol</i>	41
<i>metronidazole vaginal</i>	94	<i>nafcillin sodium</i>	19
<i>metyrosine</i>	44	NAGLAZYME.....	85
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML.....	104	<i>nalbuphine hcl</i>	4
<i>micafungin sodium</i>	9	<i>naloxone hcl</i>	67
<i>microgestin 1.5/30</i>	78	<i>naltrexone hcl</i>	67
<i>microgestin 1/20</i>	78	NAMZARIC CAP 14-10MG.....	52
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	78	NAMZARIC CAP 21-10MG.....	52
<i>microgestin fe 1/20</i>	78	NAMZARIC CAP 28-10MG.....	52
<i>midodrine hcl</i>	44	NAMZARIC CAP 7-10MG.....	52
<i>miglustat</i>	85	NAMZARIC CAP PACK.....	52
<i>mili</i>	79	<i>naproxen</i>	2
<i>mimvey</i>	82	<i>naproxen sodium</i>	2
<i>minitran</i>	45	<i>naratriptan hcl</i>	64
<i>minocycline hcl</i>	20	NARCAN.....	67
<i>minoxidil</i>	44	NATACYN.....	108
<i>mirtazapine</i>	54	<i>nateglinide</i>	70
<i>misoprostol</i>	91	NATPARA.....	73
MITIGARE.....	1	NAYZILAM.....	49
M-M-R II INJ.....	101	<i>necon 0.5/35-28</i>	79
M-NATAL PLUS TAB.....	105	<i>nefazodone hcl</i>	54
<i>moexipril hcl</i>	34	<i>neomycin sulfate</i>	7
<i>molindone hcl</i>	59	<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx</i> <i>5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	108
		<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-</i> <i>10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	108

<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	107	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	79
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	107	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	79
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp.</i>	107	<i>norlyroc</i>	79
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	123	NORPACE CR	38
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	123	NORTHERA	44
NERLYNX	29	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	79
NEUPRO	56	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	79
<i>nevirapine</i>	10	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	79
NEXAVAR	29	<i>nortrel 7/7/7</i>	79
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	39	<i>nortriptyline hcl</i>	54
<i>nicardipine hcl</i>	42	NORVIR	10
NICOTROL INHALER	67	NOVOLIN INJ 70/30	72
NICOTROL NS	67	NOVOLIN INJ 70/30 FP	72
<i>nifedipine</i>	42	NOVOLIN N	72
<i>nikki</i>	79	NOVOLIN N FLEXPEN	72
<i>nilutamide</i>	23	NOVOLIN R	72
<i>nimodipine</i>	42	NOVOLIN R FLEXPEN	72
NINLARO	29	NOVOLOG	72
<i>nitazoxanide</i>	7	NOVOLOG FLEXPEN	72
<i>nitisinone</i>	85	NOVOLOG MIX INJ 70/30	72
NITRO-BID	45	NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	72
NITRO-DUR	45	NOVOLOG PENFILL	72
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	7	NOXAFIL	9
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	7	NUBEQA	23
<i>nitroglycerin</i>	45	NUEDEXTA CAP 20-10MG	65
<i>nizatidine</i>	89	NULOJIX	100
<i>nora-be</i>	79	NULYTELY SOL LMN/LIME	90
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	79	NUPLAZID	59
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	79	NUTRILIPID	106
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	79	<i>nyamyc</i>	118
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	79	<i>nylia 7/7/7</i>	79
<i>norethindrone acetate</i>	87	NYMALIZE	42
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	83	<i>nymyo</i>	79
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	83	<i>nystatin</i>	9
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	79	<i>nystatin (mouth-throat)</i>	122
		<i>nystatin (topical)</i>	118
		<i>nystop</i>	118
		O	
		<i>ocella</i>	80
		OCTAGAM	99
		<i>octreotide acetate</i>	85
		ODEFSEY TAB	13
		ODOMZO	29

OFEV	114	<i>oseltamivir phosphate</i>	15
<i>ofloxacin (ophth)</i>	108	OSPHEA	86
<i>ofloxacin (otic)</i>	123	<i>oxacillin sodium</i>	19
OGIVRI	29	<i>oxaliplatin</i>	21
OGIVRI INJ 420MG	29	<i>oxandrolone</i>	67
<i>olanzapine</i>	59	<i>oxcarbazepine</i>	49
<i>olmesartan medoxomil</i>	37	<i>oxybutynin chloride</i>	93
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	36	<i>oxycodone hcl</i>	4
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	36	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i>	4
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> ..	36	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-</i> <i>325 mg</i>	4
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	36	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325</i> <i>mg</i>	4
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5</i> <i>mg</i>	37	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i>	4
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	37	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	70
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	36	OZEMPIC (1MG/DOSE)	70
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	36	P	
<i>olopatadine hcl</i>	109	<i>pacerone</i>	38
<i>omeprazole</i>	92	<i>paclitaxel</i>	24
OMNIPOD KIT STARTER.....	72	<i>paliperidone</i>	59
OMNIPOD MIS 5 PACK.....	73	<i>pamidronate disodium</i>	73
<i>ondansetron</i>	88	PAMIDRONATE DISODIUM	73
<i>ondansetron hcl</i>	88	PANRETIN	121
ONTRUZANT	29	<i>pantoprazole sodium</i>	92
ONUREG.....	22	PANZYGA	99
OPSUMIT	45	<i>paraplatin</i>	21
ORGOVYX.....	23	<i>paricalcitol</i>	88
ORKAMBI GRA 100-125	114	<i>paroex</i>	122
ORKAMBI GRA 150-188	114	<i>paromomycin sulfate</i>	7
ORKAMBI TAB 100-125	114	<i>paroxetine hcl</i>	54
ORKAMBI TAB 200-125	114	PASER	13
<i>orsythia</i>	80	PAXIL	54
		PAZEO	109
		PEDIARIX INJ 0.5ML	102
		PEDVAX HIB	102
		<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate</i> <i>for soln 236 gm</i>	90
		<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i> <i>420 gm</i>	90
		PEGANONE	49
		PEGASYS.....	15
		PEMAZYRE.....	29
		PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	19

PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML.....	19	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>	
PEN NEEDLES:		40.5 gm (36-4.5 gm)	20
NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/TRIVIDIA		PIQRAY 200MG DAILY DOSE	29
.....	73	PIQRAY 250MG TAB DOSE	29
<i>penicillamine</i>	74	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	29
<i>penicillin g potassium</i>	19	<i>pirmella 1/35</i>	80
PENICILLIN G PROCAINE	19	<i>piroxicam</i>	2
<i>penicillin g sodium</i>	19	PLASMA-LYTE INJ -148.....	104
<i>penicillin v potassium</i>	20	PLASMA-LYTE INJ -A	104
PENTACEL INJ	102	<i>plenamine</i>	106
<i>pentamidine isethionate inh</i>	7	PLENVU SOL	91
<i>pentamidine isethionate inj</i>	7	PNV FOLIC AC TAB + IRON	105
<i>pentoxifylline</i>	96	<i>podofilox</i>	121
<i>perindopril erbumine</i>	34	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln</i>	
<i>periogard</i>	122	10000 unit/ml-0.1%	108
<i>permethrin</i>	122	POMALYST	23
<i>perphenazine</i>	59	<i>portia-28</i>	80
PERSERIS.....	59	<i>posaconazole</i>	9
<i>pfizerpen</i>	20	POT CHL/NACL INJ 20MEQ/L	104
<i>phenelzine sulfate</i>	54	POT CHL/NACL INJ 40MEQ/L	104
<i>phenobarbital</i>	49	<i>potassium chloride</i>	104, 105
<i>phenobarbital sodium</i>	49	POTASSIUM CHLORIDE	104
PHENYTEK	49	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in</i>	
<i>phenytoin</i>	49	<i>dextrose 5% inj</i>	104
<i>phenytoin sodium</i>	49	<i>potassium chloride microencapsulated</i>	
<i>phenytoin sodium extended</i>	50	<i>crystals er</i>	105
PHESGO SOL.....	29	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	93
<i>philith</i>	80	PRADAXA	95
PICATO	121	PRALUENT	39
PIFELTRO	11	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	57
<i>pilocarpine hcl</i>	110	<i>prasugrel hcl</i>	96
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	122	<i>pravastatin sodium</i>	39
<i>pimozide</i>	59	<i>praziquantel</i>	7
<i>pimtrea</i>	80	<i>prazosin hcl</i>	35
<i>pindolol</i>	41	<i>prednisolone</i>	83
<i>pioglitazone hcl</i>	70	<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	109
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj</i>		PREDNISOLONE SODIUM PHOSP.....	109
3.375 gm (3-0.375 gm)	20	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	83
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>		<i>prednisone</i>	84
13.5 gm (12-1.5 gm)	20	PREDNISONE INTENSOL	84
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>		<i>pregabalin</i>	50
2.25 gm (2-0.25 gm)	20	<i>pregabalin (once-daily)</i>	65
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>		PREMASOL SOL 10%.....	106
4.5 gm (4-0.5 gm)	20	PRENATAL TAB 27-1MG	105
		PRENATAL TAB PLUS.....	105

PRENATAL VIT TAB LOW IRON.....	105
<i>prevalite</i>	40
<i>previfem</i>	80
PREZCOBIX TAB 800-150	13
PREZISTA	11
PRIFTIN	14
<i>primaquine phosphate</i>	9
PRIMAQUINE PHOSPHATE	9
<i>primidone</i>	50
PRIVIGEN	99
<i>probenecid</i>	1
PROCALAMINE INJ 3%	106
<i>prochlorperazine</i>	88
<i>prochlorperazine edisylate</i>	88
<i>prochlorperazine maleate</i>	89
PROCRIT	95
<i>procto-med hc</i>	121
<i>procto-pak</i>	121
<i>proctosol hc</i>	121
<i>proctozone-hc</i>	121
PROGRAF	100
PROLASTIN-C.....	114
PROLENSA.....	109
PROLIA	73
PROMACTA	96
<i>promethazine hcl</i>	89
<i>propafenone hcl</i>	38
<i>proparacaine hcl</i>	111
<i>propranolol hcl</i>	41
<i>propylthiouracil</i>	87
PROQUAD INJ	102
PROSOL INJ 20%.....	106
<i>protriptyline hcl</i>	54
PULMICORT FLEXHALER.....	115, 116
PULMOZYME	114
PURIXAN	22
<i>pyrazinamide</i>	14
<i>pyridostigmine bromide</i>	65
Q	
QINLOCK.....	29
QUADRACEL INJ	102
<i>quetiapine fumarate</i>	60
<i>quinapril hcl</i>	34
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	34

<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	34
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	34
<i>quinidine sulfate</i>	38
<i>quinine sulfate</i>	9
R	
RABAVERT INJ	102
<i>raloxifene hcl</i>	86
<i>ramipril</i>	34
<i>ranolazine</i>	44
<i>rasagiline mesylate</i>	57
RAYALDEE	88
<i>reclipsen</i>	80
RECOMBIVAX HB	102
RECTIV	121
REGRANEX	122
RELENZA DISKHALER.....	15
RELISTOR.....	91
REMICADE.....	97
RENFLEXIS	97
<i>repaglinide</i>	70
RESTASIS.....	111
RESTASIS MULTIDOSE	111
RETEVMO	29
REVLIMID.....	23
REXULTI.....	60
REYATAZ	11
REZUROCK	100
RHOPRESSA.....	110
RIABNI.....	29
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	15
<i>rifabutin</i>	14
<i>rifampin</i>	14
<i>riluzole</i>	65
<i>rimantadine hydrochloride</i>	15
RINVOQ	98
RISPERDAL CONSTA	60
<i>risperidone</i>	60
<i>ritonavir</i>	11
RITUXAN	29
RITUXAN INJ HYCELA.....	29
<i>rivastigmine</i>	52
<i>rivastigmine tartrate</i>	52
<i>rizatriptan benzoate</i>	64

<i>ropinirole hydrochloride</i>	57	<i>sodium phenylbutyrate</i>	86
<i>rosadan</i>	121	<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	74
<i>rosuvastatin calcium</i>	39	<i>solifenacin succinate</i>	93
ROTARIX SUS	102	SOLIQUA INJ 100/33	73
ROTATEQ SOL.....	102	SOLTAMOX	23
<i>roweepra</i>	50	SOLU-CORTEF.....	84
ROZLYTREK	29	SOMATULINE DEPOT.....	86
RUBRACA	29	SOMAVERT	86
<i>rufinamide</i>	50	<i>sorine</i>	38
RUKOBIA.....	11	<i>sotalol hcl</i>	38
RUXIENCE	29	<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	38
RYBELSUS	70	<i>spironolactone</i>	34
RYDAPT.....	29	<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>	
S		<i>tab 25-25 mg</i>	43
<i>sajazir</i>	96	<i>sprintec 28</i>	80
SANDIMMUNE	100	SPRITAM	50
SANTYL.....	122	SPRYCEL	30
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	86	<i>sps</i>	74
<i>scopolamine</i>	89	<i>sronyx</i>	80
SECUADO	60	<i>ssd</i>	117
<i>selegiline hcl</i>	57	<i>stavudine</i>	11
<i>selenium sulfide</i>	118	STELARA	98
SELZENTRY.....	11	STIMATE	86
SEREVENT DISKUS	113	STIVARGA	30
<i>sertraline hcl</i>	54	<i>streptomycin sulfate</i>	7
<i>setlakin</i>	80	STRIBILD TAB.....	13
<i>sevelamer carbonate</i>	86	<i>subvenite</i>	50
<i>sharobel</i>	80	<i>sucralfate</i>	91
SHINGRIX	102	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	117
SIGNIFOR.....	86	<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	108
<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>		<i>sulfacetamide sodium-prednisolone</i>	
<i>hypertension)</i>	45	<i>ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	107
<i>silver sulfadiazine</i>	117	SULFADIAZINE.....	7
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	110	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i>	
<i>simliya</i>	80	<i>400-80 mg/5ml</i>	7
<i>simvastatin</i>	39	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i>	
<i>sirolimus</i>	100	<i>200-40 mg/5ml</i>	7
SIRTURO	14	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>	
SIVEXTRO	7	<i>400-80 mg</i>	7
SKYRIZI	98	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>	
SKYRIZI PEN.....	98	<i>800-160 mg</i>	7
<i>sodium chloride</i>	104	SULFAMYLON.....	117
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	122	<i>sulfasalazine</i>	90
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f)</i>		<i>sulindac</i>	2
<i>mg/ml soln</i>	105	<i>sumatriptan</i>	64

<i>sumatriptan succinate</i>	64	TEFLARO	17
<i>sunitinib malate</i>	30	<i>telmisartan</i>	37
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT.....	91	<i>temazepam</i>	63
SUTENT.....	30	TEMIXYS TAB 300-300	13
<i>syeda</i>	80	TENIVAC INJ 5-2LF	102
SYMBICORT AER 160-4.5.....	116	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	11
SYMBICORT AER 80-4.5	116	TEPMETKO.....	30
SYMDEKO TAB 100-150.....	114	<i>terazosin hcl</i>	35
SYMDEKO TAB 50-75MG.....	114	<i>terbinafine hcl</i>	9
SYMJEPI	114	<i>terbutaline sulfate</i>	113
SYMPAZAN	50	<i>terconazole vaginal</i>	94
SYMTUZA TAB.....	13	<i>testosterone</i>	67
SYNAREL	82	<i>testosterone cypionate</i>	67
SYNERCID INJ 500MG	7	<i>testosterone enanthate</i>	68
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	70	<i>tetrabenazine</i>	65
SYNJARDY TAB 12.5-500	70	<i>tetracycline hcl</i>	20
SYNJARDY TAB 5-1000MG	70	THALOMID.....	23
SYNJARDY TAB 5-500MG	70	THEO-24	115
SYNJARDY XR TAB 10-1000	70	<i>theophylline</i>	115
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG	70	<i>thioridazine hcl</i>	60
SYNJARDY XR TAB 25-1000	70	<i>thiothixene</i>	60
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG.....	70	<i>tiadylt er</i>	42
SYNRIBO	24	<i>tiagabine hcl</i>	50
SYNTHROID	87	TIBSOVO.....	30
T		<i>tigecycline</i>	21
TABLOID	22	TIGECYCLINE.....	21
TABRECTA	30	<i>tilia fe</i>	80
<i>tacrolimus</i>	100	<i>timolol maleate</i>	41
<i>tacrolimus (topical)</i>	121	<i>timolol maleate (ophth)</i>	110
TAFINLAR	30	<i>timolol maleate (ophth) once-daily</i> ..	110
TAGRISSE	30	TIVICAY	11
TALTZ	98	TIVICAY PD	11
TALZENNA.....	30	<i>tizanidine hcl</i>	66
<i>tamoxifen citrate</i>	23	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%.....	107
<i>tamsulosin hcl</i>	93	TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	107
TARGRETIN.....	121	<i>tobramycin</i>	7
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	80	<i>tobramycin (ophth)</i>	108
TASIGNA	30	<i>tobramycin sulfate</i>	7
<i>tazarotene</i>	118	<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp</i> <i>0.3-0.1%</i>	107
<i>tazicef</i>	16	<i>tolterodine tartrate</i>	93
TAZORAC	118	<i>topiramate</i>	50
<i>taztia xt</i>	42	<i>toposar</i>	24
TAZVERIK.....	30	<i>toremifene citrate</i>	23
TDVAX INJ 2-2 LF	102	<i>toremide</i>	43
TECENTRIQ.....	30		

TOVIAZ	93	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5- 1000MG	71
TPN ELECTROL INJ.....	104	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	115
TRADJENTA	71	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	115
<i>tramadol hcl</i>	4	<i>tri-legend fe</i>	80
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	4	<i>tri-linyah</i>	80
<i>trandolapril</i>	34	<i>tri-lo-estarylla</i>	80
<i>tranexamic acid</i>	96	<i>tri-lo-marzia</i>	80
<i>tranylcypromine sulfate</i>	54	<i>tri-lo-mili</i>	80
TRAVASOL INJ 10%	106	<i>tri-lo-sprintec</i>	81
TRAZIMERA	30	<i>trimethoprim</i>	7
<i>trazodone hcl</i>	54	<i>tri-mili</i>	81
TRECTOR.....	14	<i>trimipramine maleate</i>	55
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG.....	111	TRINTELLIX	55
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG.....	111	<i>tri-nymyo</i>	81
TRELSTAR MIXJECT.....	23	<i>tri-previfem</i>	81
<i>treprostinil</i>	45	<i>tri-sprintec</i>	81
TRESIBA.....	73	TRIUMEQ TAB	13
TRESIBA FLEXTOUCH	73	<i>trivora-28</i>	81
<i>tretinoin</i>	117	<i>tri-vylibra</i>	81
<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	24	<i>tri-vylibra lo</i>	81
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	122	TROGARZO	11
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	120	TROPHAMINE INJ 10%	106
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	43	<i>tropium chloride</i>	93
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	43	TRULANCE.....	91
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	43	TRULICITY.....	71
TRICARE TAB PRENATAL.....	105	TRUMENBA INJ.....	102
<i>triderm</i>	120	TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE	30
<i>trientine hcl</i>	74	TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE	30
<i>tri-estarylla</i>	80	TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE.....	30
<i>trifluoperazine hcl</i>	60	TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE.....	30
<i>trifluridine</i>	108	TRUXIMA.....	31
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	57	TUKYSA.....	31
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5- 1000MG.....	71	<i>tulana</i>	81
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5- 1000MG.....	71	TURALIO	31
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5- 1000MG.....	71	TWINRIX INJ.....	102
		TYBOST.....	11
		TYMLOS	73
		TYPHIM VI	102
		U	
		UBRELVY	64
		UKONIQ	31
		<i>unithroid</i>	87

<i>ursodiol</i>	91	VICTOZA	71
V		<i>vienva</i>	81
<i>valacyclovir hcl</i>	15	<i>vigabatrin</i>	51
VALCHLOR	122	<i>vigadrone</i>	51
<i>valganciclovir hcl</i>	15	VIIBRYD	55
<i>valproate sodium</i>	50, 51	VIIBRYD KIT STARTER	55
<i>valproic acid</i>	51	VIMPAT	51
<i>valsartan</i>	37	<i>vincristine sulfate</i>	25
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	37	<i>vinorelbine tartrate</i>	25
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	37	<i>viorele</i>	81
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	37	VIRACEPT	11
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	37	VIREAD	12
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	37	VITRAKVI	31
VALTOCO	51	VIVITROL	67
<i>vancomycin hcl</i>	8	VIZIMPRO	31
VANCOMYCIN INJ 1 GM	8	<i>voriconazole</i>	9
VANCOMYCIN INJ 500MG	8	VOSEVI TAB	15
VANCOMYCIN INJ 750MG	8	VOTRIENT	31
<i>vandazole</i>	94	VRAYLAR	60, 61
VAQTA	102	VRAYLAR CAP 1.5-3MG	61
VARIVAX	102	<i>vyfemla</i>	81
VASCEPA	40	<i>vylibra</i>	81
VELCADE	31	VYZULTA	110
<i>velivet</i>	81	W	
VELTASSA	74	<i>warfarin sodium</i>	95
VEMLIDY	15	<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	122
VENCLEXTA	31	<i>wera</i>	81
VENCLEXTA TAB START PK	31	X	
<i>venlafaxine hcl</i>	55	XALKORI	31
VENTAVIS	45	XARELTO	95
VENTOLIN HFA	113	XARELTO STAR TAB 15/20MG	95
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	113	XATMEP	98
<i>verapamil hcl</i>	42	XCOPRI	51
VERSACLOZ	60	XCOPRI PAK 100-150	51
VERZENIO	31	XCOPRI PAK 12.5-25	51
<i>vestura</i>	81	XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	51
V-GO 20 KIT	73	XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	51
V-GO 30 KIT	73	XCOPRI PAK 50-100MG	51
V-GO 40 KIT	73	XCOPRI PAK 50-200MG	51
		XELJANZ	98
		XELJANZ XR	98
		XGEVA	74

XIFAXAN	91	ZEMAIRA.....	115
XIGDUO XR TAB 10-1000	71	<i>zenatane</i>	117
XIGDUO XR TAB 10-500MG.....	71	ZENPEP CAP 10000UNT	92
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	71	ZENPEP CAP 15000UNT	92
XIGDUO XR TAB 5-1000MG.....	71	ZENPEP CAP 20000UNT	92
XIGDUO XR TAB 5-500MG	71	ZENPEP CAP 25000	92
XIIDRA.....	111	ZENPEP CAP 3000UNIT.....	92
XOLAIR	115	ZENPEP CAP 40000	92
XOSPATA.....	31	ZENPEP CAP 5000UNIT.....	92
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	32	ZERVIATE.....	109
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	31	<i>zidovudine</i>	12
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY.....	31	<i>ziprasidone hcl</i>	61
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	32	<i>ziprasidone mesylate</i>	61
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY.....	32	ZIRABEV	32
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	32	ZIRGAN.....	108
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY.....	32	<i>zoledronic acid</i>	74
XTANDI.....	23	ZOLINZA	32
<i>xulane</i>	81	<i>zolmitriptan</i>	64
XULTOPHY INJ 100/3.6.....	73	<i>zolpidem tartrate</i>	63
XYREM	66	<i>zonisamide</i>	51
Y		ZORTRESS.....	101
YF-VAX INJ	102	ZOSTAVAX	102
<i>yuvafem</i>	83	<i>zovia 1/35e</i>	81
Z		<i>zumandimine</i>	81
<i>zafemy</i>	81	ZYDELIG	32
<i>zafirlukast</i>	113	ZYKADIA	32
<i>zarah</i>	81	ZYLET SUS 0.5-0.3%	107
ZARXIO.....	95	ZYPREXA RELPREVV.....	61
ZEJULA	32	ZYTIGA	23
ZELBORAF	32		

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