
SHARP Health Plan

Sharp Direct Advantage®

Lista de medicamentos integral para 2023

Lista de medicamentos cubiertos de los planes Sharp Direct Advantage (HMO)
que tienen contrato con Medicare



Formulario para 2023 (Lista de medicamentos cubiertos)

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN

Formulario para 2023 de la Parte D. Fecha de entrada en vigor: 01/12/2023

Identificación del formulario: 00023160, versión: 18

Este Formulario se actualizó el 15/11/2023. Para obtener información más actualizada o hacer otras consultas, comuníquese con nuestra línea de ayuda exclusiva para planes de medicamentos con receta de Medicare al 1-855-222-3183 (número gratuito) o al 711 para los usuarios de los servicios TTY/TDD. Hay representantes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede ingresar a sharpmedicareadvantage.com.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: El plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: Como máximo, pagará \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina que cubra el plan, no importa en qué nivel de costo compartido se encuentre.

Nota para miembros existentes: El Formulario ha cambiado desde su versión del año pasado. Por favor, revise este documento para averiguar si los medicamentos que usted toma siguen incluidos.

En esta Lista de medicamentos (Formulario), las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” hacen referencia a Sharp Health Plan. Las palabras “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a Sharp Direct Advantage (HMO).

Este documento incluye la Lista de medicamentos (Formulario) de nuestro plan, que se encuentra vigente desde el 01/12/2023. Si desea un Formulario actualizado, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparecen en la primera y en la última página.

Por lo general, deberá usar farmacias de la red para aprovechar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el Formulario, la red de farmacias, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de cada año y, a veces, en el transcurso del año.

¿Qué es el Formulario de Sharp Direct Advantage (HMO)?

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos que fue seleccionada por nuestro plan con el asesoramiento de un equipo de proveedores de atención de salud y es representativa de las terapias con medicamentos que se consideran necesarias en un programa de tratamiento de calidad. En general, cubrimos los medicamentos que se encuentran en nuestro Formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red y se sigan las reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo adquirir sus medicamentos, consulte la *Evidencia de cobertura*.

¿El Formulario (Lista de medicamentos) puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos tiene lugar el 1.º de enero, pero podemos añadir o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos, cambiarlos a un nivel de costo compartido diferente o agregarles nuevas restricciones durante el año. Debemos cumplir las reglas de Medicare para aplicar estos cambios.

Cambios que pueden afectarlo este año: Su cobertura tendrá cambios durante el año en los siguientes casos:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos quitar de la Lista de medicamentos un medicamento de marca inmediatamente si aparece otro genérico nuevo que pueda reemplazarlo al mismo nivel de costo compartido (o uno menor) y tenga iguales o menos restricciones. Además, aunque agreguemos un nuevo medicamento genérico, podemos decidir que el de marca se incluya de todos modos en nuestra Lista de medicamentos, pero cambiarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregarle nuevas restricciones. Si actualmente usted toma ese medicamento de marca, es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero luego le brindaremos la información sobre los cambios específicos que hayamos realizado.
 - Si realizamos este tipo de cambios, usted o la persona autorizada para recetar pueden pedirnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento de marca en su caso. Encontrará información sobre cómo solicitar una excepción en el aviso que le enviaremos. También puede encontrarla en la sección titulada “¿Cómo pido una excepción al Formulario de Sharp Direct Advantage (HMO)?” más abajo.
- **Medicamentos que se retiran del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro Formulario no es seguro, o el fabricante lo retira del mercado, nosotros lo eliminaremos de la Lista de medicamentos inmediatamente y notificaremos a los miembros que lo estén tomando.
- **Otros cambios.** Podemos realizar otros cambios que afecten a miembros que actualmente estén tomando un medicamento determinado. Por ejemplo, podemos añadir un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar a otro de marca que actualmente figure en el Formulario, agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, cambiarlo a un nivel de costo compartido diferente o las dos opciones anteriores a la vez. Igualmente, podemos realizar cambios que se basen en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro Formulario o agregamos restricciones en cuanto a autorización previa, límites de cantidad o terapia escalonada, o cambiamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, notificaremos a los miembros afectados al menos 30 días antes de que entre en vigor el cambio o cuando el miembro pida volver a surtir una receta, en cuyo caso este recibirá un suministro del medicamento para 30 días.
 - Usted o la persona autorizada para recetar pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca en su caso si realizamos estos otros cambios. Encontrará información sobre cómo solicitar una excepción en el aviso que le enviaremos. También puede encontrarla en la sección titulada “¿Cómo pido una excepción al Formulario de Sharp Direct Advantage (HMO)?” más abajo.

Cambios que no lo afectarán si usted toma actualmente el medicamento. En general, si usted toma un medicamento incluido en nuestro Formulario para 2023 que estaba cubierto a principios de año, no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2023, excepto en los casos descritos anteriormente. Esto significa que dichos medicamentos seguirán disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones por el resto del año de cobertura para aquellos miembros que los estén tomando. No recibirá avisos directos este año sobre cambios que no lo afecten a usted. Sin embargo, a partir del 1.º de enero del año que viene, sí se verá afectado por estos cambios y es importante que consulte si hay algún cambio en la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios.

El Formulario adjunto está vigente desde el 01/12/2023. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la primera y en la última página.

Publicaremos una versión actualizada del Formulario del plan en nuestro sitio web sharpmedicareadvantage.com/druglist en caso de que realicemos cambios a mitad de año en medicamentos que no sean de mantenimiento. Puede pedir que le enviemos por correo una versión impresa de las correcciones si lo desea.

¿Cómo uso el Formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el Formulario:

- **Por afección médica**

El Formulario comienza en la página 1. Los medicamentos en este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que tratan una enfermedad cardíaca se encuentran en la categoría “Cardiovascular”. Si sabe para qué se utiliza el medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

- **Por orden alfabético**

Si no está seguro de la categoría, busque su medicamento en el índice que aparece en la página I-1. El índice proporciona una lista ordenada alfabéticamente de todos los medicamentos incluidos en este documento. Figuran tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque el suyo en el índice. Al lado del medicamento, verá el número de la página donde podrá encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Cubrimos tanto medicamentos de marca como genéricos. Cuando un medicamento contiene el mismo principio activo que otro medicamento de marca, la Administración de Alimentos y Medicamentos lo aprueba como genérico. Generalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites en cuanto a su cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir lo siguiente:

- **Autorización previa:** Usted o su médico tendrán que obtener una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que nosotros debemos aprobarlo antes de que usted pueda surtir la receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, la cobertura del plan tiene un límite de cantidad. Por ejemplo, proporcionamos 30 comprimidos de rosuvastatin para 30 días por receta. Esto puede sumarse al suministro estándar para un mes o para tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, solicitamos que pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su enfermedad antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma enfermedad, podríamos no cubrir el medicamento B si usted no toma el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona en su caso, entonces cubriremos el medicamento B.

Puede ver si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales en el Formulario que comienza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a determinados medicamentos cubiertos ingresando en nuestro sitio web. Encontrará documentos en línea que explican nuestras restricciones en cuanto a autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparecen en la primera y en la última página.

Puede pedirnos que hagamos una excepción a alguna de estas restricciones o límites, o solicitarnos una lista con otros medicamentos similares para tratar su afección de salud. Consulte la sección “¿Cómo pido una excepción al Formulario de Sharp Direct Advantage (HMO)?” en la página iv para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué ocurre si mi medicamento no figura en el Formulario?

Si su medicamento no está incluido en este Formulario (Lista de medicamentos cubiertos), debe comunicarse con Servicio al Cliente y consultar si el medicamento está cubierto.

Si su plan no cubre el medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedir a Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares que sí estén cubiertos por nuestro plan. Cuando la reciba, llévesela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que tenga cobertura con nuestro plan.
- Puede pedirnos que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento. Lea a continuación la información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo pido una excepción al Formulario de Sharp Direct Advantage (HMO)?

Puede pedirnos que hagamos una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que nos puede solicitar.

- Puede pedir que cubramos un medicamento aunque no esté en el Formulario. Si se aprueba, el medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y no podrá solicitarnos que lo proporcionemos a un nivel de costo compartido más bajo.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido más bajo siempre que no se encuentre en el nivel de especialidad. Si se aprueba la excepción, el precio que pagará por el medicamento será menor.
- Puede pedirnos que no apliquemos las restricciones o los límites de cobertura. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, la cobertura del plan tiene un límite de cantidad. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

En general, solo aprobaremos la excepción cuando los medicamentos alternativos en el Formulario, el medicamento con menor costo compartido o las otras restricciones de uso del plan no resulten igualmente eficaces para tratar su afección ni le provoquen efectos secundarios adversos.

Debe comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura inicial de excepción al Formulario, al nivel de medicamentos o a las restricciones de uso. **Cuando solicite una excepción al Formulario, al nivel de medicamentos o las restricciones de uso, deberá presentar la declaración de su médico o de la persona autorizada para recetar como respaldo.** En general, tomamos una decisión dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de la persona autorizada para recetar. Puede pedir una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que la espera de 72 horas puede poner en grave riesgo su salud. Si se aprueba su pedido acelerado, le informaremos la decisión dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico o la persona autorizada para recetar.

¿Qué puedo hacer antes de hablar con mi médico acerca de cambiar los medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o regular de nuestro plan, es posible que usted esté tomando medicamentos que no están en nuestro Formulario. También puede ser que tome un medicamento que está en nuestro Formulario, pero que tenga alguna limitación respecto a su posibilidad de adquirirlo. Por ejemplo, podría necesitar una autorización previa antes de surtir la receta del medicamento. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento cubierto adecuado o si debe solicitar una excepción al Formulario para que podamos cubrir el medicamento que toma. En ciertos casos, podríamos cubrir el medicamento durante sus primeros 90 días como miembro del plan mientras el médico y usted determinan la mejor manera de proceder.

Para cada medicamento que no esté incluido en nuestro Formulario, o que tenga alguna limitación respecto a su posibilidad de adquirirlo, cubriremos un suministro temporario para 30 días. Si su receta indica menos días, le permitiremos volver a surtir su medicamento hasta cubrir un suministro para un máximo de 30 días. Luego del primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si usted reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no figura en nuestro Formulario, o bien si tiene limitaciones para conseguirlo, pero ya pasaron los primeros 90 días como miembro del plan, cubriremos un suministro de emergencia de 34 días para dicho medicamento durante el proceso de solicitud de excepción al Formulario.

Si usted es un miembro que ingresa en un centro de atención a largo plazo desde otro centro médico y tiene un cambio de nivel de atención, cubriremos el suministro de un medicamento en particular para 34 días o menos si su receta indica menos días.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos con receta del plan, lea su *Evidencia de cobertura* y otros documentos del plan.

Puede comunicarse con nosotros si tiene preguntas sobre el plan. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparecen en la primera y en la última página.

Si tiene consultas generales sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ingresar a <http://www.medicare.gov>.

Formulario de Sharp Direct Advantage (HMO)

El Formulario que comienza en la página 1 proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página I-1.

- El nombre del medicamento está en la primera columna del cuadro. Los medicamentos de marca están escritos en mayúscula (p. ej., SYNTHROID), y los medicamentos genéricos en cursiva minúscula (p. ej., *levothyroxine*).
- La segunda columna, “Nivel de medicamentos”, indica a qué nivel pertenece el medicamento.

En la columna de requisitos/límites se indica si nuestro plan tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

El monto que pague por un medicamento cubierto dependerá de lo siguiente:

- **Su etapa de pago de medicamentos.** Su plan tiene distintas etapas de cobertura de medicamentos. Cuando adquiera un medicamento, el monto que pague dependerá de la etapa de cobertura en la que se encuentre.
- **El nivel de su medicamento.** Cada medicamento cubierto está en uno de los seis niveles de medicamentos. Cada nivel tiene un monto de copago o coseguro. En el siguiente cuadro, se indican las diferencias entre niveles.

Nivel de medicamentos	Incluye
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Medicamentos genéricos preferidos
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Medicamentos genéricos
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Medicamentos genéricos y de marca no preferidos
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	Medicamentos genéricos y de marca de muy alto costo que podrían requerir control estricto o manipulación especial
Nivel 6: Medicamentos seleccionados	Medicamentos genéricos seleccionados para tratar afecciones, como diabetes, hipertensión y colesterol alto

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y los montos de copago o coseguro para cada nivel, consulte su *Evidencia de cobertura*.

Las siguientes abreviaturas pueden aparecer en el cuerpo de este documento

ABREVIATURAS DE LAS NOTAS DE COBERTURA

Abreviatura	Descripción	Explicación
GC	Brecha de cobertura	Brindamos cobertura de este medicamento con receta durante la etapa de brecha de cobertura. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información al respecto.
LA	Medicamentos de acceso limitado	Es posible que esta receta solo pueda surtir en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o comuníquese con nuestra línea de ayuda exclusiva para planes de medicamentos con receta de Medicare al 1-855-222-3183 (TTY 711). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para su comodidad.
NDS	Sin extensión en días de suministro	El suministro de este medicamento se limita a 30 días.
NM	Sin encargo por correo	El medicamento no está disponible a través de encargos por correo.
PA	Restricción de autorización previa	Usted (o su proveedor) debe solicitarnos una autorización previa antes de surtir esta receta. Sin una aprobación previa, es posible que no cubramos el medicamento.
PA NSO	Restricción de autorización previa para inicios únicamente	Si es miembro nuevo o no ha tomado el medicamento con anterioridad, usted (o su proveedor) debe pedirnos una autorización previa antes de surtir la receta. Sin una aprobación previa, es posible que no cubramos el medicamento.
B/D	Restricción de autorización previa para determinar la cobertura con la Parte B o la Parte D	Este medicamento puede estar cubierto por Medicare Parte B o Parte D dependiendo de las circunstancias. Es posible que deba presentar información describiendo el uso y contexto del medicamento para tomar la determinación.
QL	Restricciones de límites de cantidad	Limitamos la cantidad del medicamento que se cubre por receta, o dentro de un período determinado.
SI	Insulinas seleccionadas	Este medicamento está disponible con un copago más bajo en algunos planes como parte de nuestro Programa de Ahorros para Adultos Mayores.
ST	Restricción de terapia escalonada	Antes de que cubramos el medicamento, debe probar otros medicamentos para tratar su afección. Solo podemos cubrirlo si los otros medicamentos no funcionan.

Índice de Contenidos

ANALGESICS	2
ANESTHETICS	4
ANTI-INFECTIVES	4
ANTINEOPLASTIC AGENTS	14
CARDIOVASCULAR	22
CENTRAL NERVOUS SYSTEM.....	31
ENDOCRINE AND METABOLIC	45
GASTROINTESTINAL	58
GENITOURINARY	61
HEMATOLOGIC	62
IMMUNOLOGIC AGENTS	64
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS.....	68
OPHTHALMIC	71
OTIC	73
RESPIRATORY	74
TOPICAL.....	78
Index	82

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ANALGESICS		
GOUT		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	Tier 1	
<i>colchicine</i> TABS .6mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	Tier 2	
MITIGARE CAPS .6mg	Tier 3	QL (60 caps / 30 days)
<i>probenecid</i> TABS 500mg	Tier 2	
NSAIDS		
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	Tier 2	QL (30 caps / 30 days)
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	Tier 2	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	Tier 2	
<i>ec-naproxen</i> TBEC 375mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>ec-naproxen</i> TBEC 500mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	Tier 2	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	Tier 2	
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	Tier 1	
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	Tier 2	
<i>ibuprofen</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	Tier 1	
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	Tier 1	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	Tier 1	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	Tier 1	
<i>naproxen</i> TBEC 375mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>naproxen</i> TBEC 500mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	Tier 2	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	Tier 2	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr, 100mcg/hr	Tier 2	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 80mg, 100mg, 120mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days), PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

2

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
HYSINGLA ER T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml	Tier 2	QL (450 mL / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml	Tier 2	QL (90 mL / 30 days), PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), PA

OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING

<i>acetaminophen w/ codeine soln</i> 120-12 mg/5ml	Tier 2	QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-15 mg	Tier 2	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-30 mg	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-60 mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	Tier 4	
<i>endocet tab</i> 2.5-325mg	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 5-325mg	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 7.5-325mg	Tier 2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 10-325mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 200mcg	Tier 2	QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg	Tier 5	NDS, QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>hydrocodone-acetaminophen soln</i> 7.5-325 mg/15ml	Tier 2	QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 5-325 mg	Tier 2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 7.5-325 mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 10-325 mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i> 7.5-200 mg	Tier 2	QL (150 tabs / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> LIQD 1mg/ml	Tier 2	QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
MORPHINE SULFATE SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	Tier 4	B/D
<i>morphine sulfate</i> SOLN 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	Tier 4	B/D
<i>morphine sulfate</i> SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml	Tier 2	QL (900 mL / 30 days)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

3

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>morphine sulfate</i> SOLN 20mg/ml	Tier 2	QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> TABS 15mg, 30mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
MORPHINE SULFATE/SODIUM C SOLN 1mg/ml	Tier 4	B/D
<i>nalbuphine hcl</i> SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	Tier 4	
<i>oxycodone hcl</i> CAPS 5mg	Tier 2	QL (180 caps / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml	Tier 2	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml	Tier 2	QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	Tier 2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>tramadol hcl</i> TABS 50mg	Tier 2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	Tier 2	QL (240 tabs / 30 days)

ANESTHETICS

LOCAL ANESTHETICS

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

ANTI-INFECTIVES

ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS

<i>albendazole</i> TABS 200mg	Tier 5	NDS
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	Tier 2	
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	Tier 2	
<i>aztreonam</i> SOLR 1gm, 2gm	Tier 2	
CAYSTON SOLR 75mg	Tier 5	NDS, LA, PA
<i>clindamycin hcl</i> CAPS 75mg, 150mg, 300mg	Tier 1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> SOLR 75mg/5ml	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

4

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	Tier 2	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	Tier 4	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	Tier 4	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	Tier 4	
<i>colistimethate sodium SOLR 150mg</i>	Tier 2	
<i>dapsone TABS 25mg, 100mg</i>	Tier 2	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	Tier 5	NDS
<i>daptomycin SOLR 350mg, 500mg</i>	Tier 5	NDS
EMVERM CHEW 100mg	Tier 5	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium SOLR 1gm</i>	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate SOLN 10mg/ml, 40mg/ml</i>	Tier 2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	Tier 2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	Tier 2	
<i>ivermectin TABS 3mg</i>	Tier 2	QL (12 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid SOLN 600mg/300ml</i>	Tier 2	
<i>linezolid SUSR 100mg/5ml</i>	Tier 5	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid TABS 600mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	Tier 2	
<i>meropenem SOLR 1gm, 500mg</i>	Tier 2	
<i>methenamine hippurate TABS 1gm</i>	Tier 2	
<i>metronidazole SOLN 500mg/100ml</i>	Tier 2	
<i>metronidazole TABS 250mg, 500mg</i>	Tier 1	
<i>neomycin sulfate TABS 500mg</i>	Tier 2	
<i>nitazoxanide TABS 500mg</i>	Tier 5	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal CAPS 50mg, 100mg</i>	Tier 3	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

5

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	Tier 3	
<i>paromomycin sulfate</i> CAPS 250mg	Tier 2	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	Tier 2	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	Tier 2	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	Tier 2	
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	Tier 5	NDS
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	Tier 2	
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	Tier 4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	Tier 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> 200-40 mg/5ml	Tier 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 400-80 mg	Tier 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 800-160 mg	Tier 1	
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	Tier 5	NDS, PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	Tier 2	
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	Tier 2	
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	Tier 2	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	Tier 2	QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	Tier 2	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	Tier 4	
VANCOMYCIN INJ 500MG	Tier 4	
VANCOMYCIN INJ 750MG	Tier 4	
ANTIFUNGALS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	Tier 4	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	Tier 2	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	Tier 5	NDS, B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	Tier 2	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 2	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	Tier 2	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	Tier 2	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	Tier 5	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	Tier 2	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	Tier 2	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	Tier 2	PA
<i>miconazole sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	Tier 5	NDS
NOXAFIL SUSP 40mg/ml	Tier 5	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	Tier 2	
<i>posaconazole</i> SUSP 40mg/ml	Tier 5	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	Tier 5	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	Tier 1	QL (90 tabs / year)
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg; SUSR 40mg/ml	Tier 5	NDS, PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	Tier 2	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days), PA

ANTIMALARIALS

<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	Tier 2	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	Tier 2	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 2	
COARTEM TAB 20-120MG	Tier 4	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	Tier 2	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	Tier 2	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	Tier 3	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	Tier 2	PA

ANTIRETROVIRAL AGENTS

<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml; TABS 300mg	Tier 2	
APTIVUS CAPS 250mg	Tier 5	NDS
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	Tier 2	
<i>darunavir</i> TABS 600mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>darunavir</i> TABS 800mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
EDURANT TABS 25mg	Tier 5	NDS

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

7

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>efavirenz</i> CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	Tier 2	
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	Tier 2	
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	Tier 4	
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	Tier 5	NDS
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	Tier 5	NDS
FUZEON SOLR 90mg	Tier 5	NDS
INTELENCE TABS 25mg	Tier 4	
ISENTRESS CHEW 25mg	Tier 4	
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	Tier 5	NDS
ISENTRESS HD TABS 600mg	Tier 5	NDS
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	Tier 2	
LEXIVA SUSP 50mg/ml	Tier 4	
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	Tier 5	NDS
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	Tier 2	
NORVIR PACK 100mg	Tier 4	
PIFELTRO TABS 100mg	Tier 5	NDS
PREZISTA SUSP 100mg/ml	Tier 5	NDS, QL (400 mL / 30 days)
PREZISTA TABS 75mg	Tier 4	QL (480 tabs / 30 days)
PREZISTA TABS 150mg	Tier 5	NDS, QL (240 tabs / 30 days)
PREZISTA TABS 600mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
PREZISTA TABS 800mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
REYATAZ PACK 50mg	Tier 5	NDS
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	Tier 2	
RUKOBIA TB12 600mg	Tier 5	NDS
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg	Tier 5	NDS
SELZENTRY TABS 25mg	Tier 4	
SUNLENCA TBPK 300mg	Tier 5	NDS, LA
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	Tier 2	
TIVICAY TABS 10mg	Tier 3	
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	Tier 5	NDS
TIVICAY PD TBSO 5mg	Tier 5	NDS
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	Tier 5	NDS, LA
TYBOST TABS 150mg	Tier 3	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

8

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	Tier 5	NDS
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	Tier 5	NDS
zidovudine CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	Tier 2	

ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS

<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	Tier 2	
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	Tier 5	NDS
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	Tier 5	NDS
CIMDUO TAB 300-300	Tier 5	NDS
COMPLERA TAB	Tier 5	NDS
DELSTRIGO TAB	Tier 5	NDS
DESCOVY TAB 120-15MG	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
DESCOVY TAB 200/25MG	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
DOVATO TAB 50-300MG	Tier 5	NDS
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	Tier 5	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	Tier 5	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	Tier 5	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
EVOTAZ TAB 300-150	Tier 5	NDS
GENVOYA TAB	Tier 5	NDS
JULUCA TAB 50-25MG	Tier 5	NDS
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	Tier 2	
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	Tier 2	
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	Tier 2	
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	Tier 2	
ODEFSEY TAB	Tier 5	NDS
PREZCOBIX TAB 800-150	Tier 5	NDS

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

9

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
STRIBILD TAB	Tier 5	NDS
SYMTUZA TAB	Tier 5	NDS
TRIUMEQ PD TAB	Tier 5	NDS
TRIUMEQ TAB	Tier 5	NDS
TRIZIVIR TAB	Tier 5	NDS

ANTITUBERCULAR AGENTS

<i>cycloserine</i> CAPS 250mg	Tier 5	NDS
<i>ethambutol hcl</i> TABS 100mg, 400mg	Tier 2	
<i>isoniazid</i> SYRP 50mg/5ml	Tier 2	
<i>isoniazid</i> TABS 100mg, 300mg	Tier 1	
PRIFTIN TABS 150mg	Tier 4	
<i>pyrazinamide</i> TABS 500mg	Tier 2	
<i>rifabutin</i> CAPS 150mg	Tier 2	
<i>rifampin</i> CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg	Tier 2	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	Tier 5	NDS, LA, PA
TRECTOR TABS 250mg	Tier 4	

ANTIVIRALS

<i>acyclovir</i> CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg	Tier 1	
<i>acyclovir</i> SUSP 200mg/5ml	Tier 2	
<i>acyclovir sodium</i> SOLN 50mg/ml	Tier 2	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	Tier 5	NDS
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	Tier 5	NDS
<i>entecavir</i> TABS .5mg, 1mg	Tier 2	
EPCLUSA PAK 150-37.5	Tier 5	NDS, PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	Tier 5	NDS, PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	Tier 5	NDS, PA
EPCLUSA TAB 400-100	Tier 5	NDS, PA
EPIVIR HBV SOLN 5mg/ml	Tier 4	
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	Tier 2	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	Tier 5	NDS, PA
HARVONI PAK 45-200MG	Tier 5	NDS, PA
HARVONI TAB 45-200MG	Tier 5	NDS, PA
HARVONI TAB 90-400MG	Tier 5	NDS, PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	Tier 2	
MAVYRET PAK 50-20MG	Tier 5	NDS, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	Tier 5	NDS, PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	Tier 2	QL (168 caps / year)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

10

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	Tier 2	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	Tier 2	QL (1080 mL / year)
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	Tier 5	NDS, PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	Tier 5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	Tier 3	QL (6 inhalers / year)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	Tier 2	
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	Tier 2	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	Tier 2	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	Tier 5	NDS
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	Tier 2	
VEMLIDY TABS 25mg	Tier 5	NDS
VOSEVI TAB	Tier 5	NDS, PA

CEPHALOSPORINS

<i>cefactor</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 250mg/5ml	Tier 2	
CEFACTOR ER TB12 500mg	Tier 4	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg	Tier 1	
<i>cefadroxil</i> SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	Tier 2	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	Tier 4	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	Tier 4	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 500mg	Tier 2	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	Tier 4	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	Tier 2	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	Tier 2	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	Tier 2	
<i>cefopime sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	Tier 2	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	Tier 2	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	Tier 2	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

11

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg	Tier 1	
<i>cephalexin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	Tier 2	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	Tier 2	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	Tier 5	NDS
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	Tier 2	
<i>azithromycin</i> TABS 250mg, 500mg, 600mg	Tier 1	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	Tier 2	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	Tier 5	NDS
<i>e.e.s. 400</i> TABS 400mg	Tier 2	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	Tier 2	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	Tier 4	
<i>erythrocin stearate</i> TABS 250mg	Tier 2	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	Tier 2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	Tier 2	
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	Tier 2	
FLUOROQUINOLONES		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	Tier 4	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 100mg	Tier 2	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	Tier 1	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml	Tier 2	
<i>levofloxacin</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	Tier 1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	Tier 2	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	Tier 2	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	Tier 2	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	Tier 2	
PENICILLINS		
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	Tier 1	
<i>amoxicillin</i> CHEW 125mg, 250mg	Tier 2	

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
 cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

12

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	Tier 2	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	Tier 1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	Tier 2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	Tier 2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	Tier 2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	Tier 2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	Tier 2	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	Tier 2	
<i>BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml</i>	Tier 4	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	Tier 2	
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	Tier 2	
<i>nafcillin sodium SOLR 10gm</i>	Tier 5	NDS
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	Tier 2	
<i>PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML</i>	Tier 4	
<i>PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML</i>	Tier 4	
<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	Tier 2	
<i>PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml</i>	Tier 4	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

13

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 5000000unit	Tier 2	
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml	Tier 2	
<i>penicillin v potassium</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 1	
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	Tier 2	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	Tier 2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	Tier 2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	Tier 2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	Tier 2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	Tier 2	

TETRACYCLINES

<i>doxy 100</i> SOLR 100mg	Tier 2	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg; TABS 50mg, 75mg, 100mg	Tier 2	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg	Tier 2	
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	Tier 2	
NUZYRA SOLR 100mg; TABS 150mg	Tier 5	NDS, LA
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	Tier 2	PA
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	Tier 5	NDS
TIGECYCLINE SOLR 50mg	Tier 5	NDS

ANTINEOPLASTIC AGENTS

ALKYLATING AGENTS

BENDEKA SOLN 100mg/4ml	Tier 5	NDS, B/D, LA
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	Tier 2	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	Tier 2	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg	Tier 2	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/ml	Tier 5	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 1gm, 2gm, 500mg	Tier 5	NDS, B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	Tier 4	B/D

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	Tier 5	NDS, B/D
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	Tier 4	
GLEOSTINE CAPS 100mg	Tier 5	NDS
LEUKERAN TABS 2mg	Tier 4	
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	Tier 2	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 50mg, 100mg	Tier 5	NDS, B/D
<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	Tier 2	B/D
ANTIBIOTICS		
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	Tier 2	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 2mg/ml	Tier 5	NDS, B/D
ELLENCES SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	Tier 4	B/D
ANTIMETABOLITES		
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	Tier 5	NDS, B/D
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	Tier 2	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	Tier 2	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	Tier 2	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
LONSURF TAB 15-6.14	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
LONSURF TAB 20-8.19	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	Tier 2	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	Tier 2	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	Tier 5	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	Tier 5	NDS
TABLOID TABS 40mg	Tier 4	
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 5	NDS, PA NSO
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	Tier 1	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	Tier 2	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	Tier 4	PA NSO
EMCYT CAPS 140mg	Tier 5	NDS
ERLEADA TABS 60mg, 240mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
EULEXIN CAPS 125mg	Tier 5	NDS

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

15

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>exemestane</i> TABS 25mg	Tier 2	
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	Tier 5	NDS, B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	Tier 1	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	Tier 2	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	Tier 5	NDS, PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	Tier 5	NDS, PA NSO
LYSODREN TABS 500mg	Tier 5	NDS
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	Tier 3	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	Tier 5	NDS
NUBEQA TABS 300mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
ORGOVYX TABS 120mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
ORSERDU TABS 86mg, 345mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	Tier 5	NDS
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	Tier 5	NDS
XTANDI CAPS 40mg; TABS 40mg, 80mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	Tier 5	NDS, QL (28 caps / 28 days), LA, PA NSO
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), LA, PA NSO
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), LA, PA NSO
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	Tier 5	NDS, QL (28 caps / 28 days), LA, PA NSO
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), LA, PA NSO
THALOMID CAPS 50mg, 100mg	Tier 5	NDS, QL (28 caps / 28 days), LA, PA NSO
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	Tier 5	NDS, QL (56 caps / 28 days), LA, PA NSO
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	Tier 5	NDS, PA NSO
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	Tier 2	
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	Tier 2	B/D
KISQALI 200 PAK FEMARA	Tier 5	NDS, QL (49 tabs / 28 days), PA NSO
KISQALI 400 PAK FEMARA	Tier 5	NDS, QL (70 tabs / 28 days), PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
KISQALI 600 PAK FEMARA	Tier 5	NDS, QL (91 tabs / 28 days), PA NSO
MATULANE CAPS 50mg	Tier 5	NDS, LA
SYNRIBO SOLR 3.5mg	Tier 5	NDS, PA NSO
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	Tier 5	NDS
WELIREG TABS 40mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO

MITOTIC INHIBITORS

<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	Tier 2	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	Tier 5	NDS, B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	Tier 5	NDS, B/D
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	Tier 2	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	Tier 2	B/D
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	Tier 5	NDS, B/D
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	Tier 2	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	Tier 2	B/D

MOLECULAR TARGET AGENTS

ALECENSA CAPS 150mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
ALUNBRIG TABS 30mg, 90mg, 180mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
ALUNBRIG PAK	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), LA, PA NSO
BALVERSA TABS 3mg, 4mg, 5mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg, 3.5mg	Tier 5	NDS, PA NSO
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	Tier 5	NDS, PA NSO
BOSULIF TABS 100mg, 400mg, 500mg	Tier 5	NDS, PA NSO
BRAFTOVI CAPS 75mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
BRUKINSA CAPS 80mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), LA, PA NSO
CALQUENCE CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), LA, PA NSO
CALQUENCE TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), LA, PA NSO
CAPRELSA TABS 100mg, 300mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

17

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
COMETRIQ KIT 100MG	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
COMETRIQ KIT 140MG	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
COTELLIC TABS 20mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
DAURISMO TABS 25mg, 100mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
ERIVEDGE CAPS 150mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA NSO
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA NSO
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA NSO
<i>everolimus</i> TBSO 2mg	Tier 5	NDS, QL (150 tabs / 30 days), PA NSO
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA NSO
<i>everolimus</i> TBSO 5mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
EXKIVITY CAPS 40mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), LA, PA NSO
GAVRETO CAPS 100mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
<i>gefitinib</i> TABS 250mg	Tier 5	NDS, PA NSO
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
HERCEPTIN SOLR 150mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), LA, PA NSO
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	Tier 5	NDS, QL (21 tabs / 28 days), LA, PA NSO
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), LA, PA NSO
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), LA, PA NSO
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA NSO
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
IMBRUVICA CAPS 70mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), LA, PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

18

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
IMBRUVICA CAPS 140mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), LA, PA NSO
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	Tier 5	NDS, QL (216 mL / 27 days), LA, PA NSO
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg, 560mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), LA, PA NSO
INLYTA TABS 1mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), LA, PA NSO
INLYTA TABS 5mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), LA, PA NSO
INREBIC CAPS 100mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
IRESSA TABS 250mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), LA, PA NSO
JAYPIRCA TABS 50mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), LA, PA NSO
JAYPIRCA TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), LA, PA NSO
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	Tier 5	NDS, B/D, LA
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	Tier 5	NDS, QL (21 tabs / 28 days), PA NSO
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	Tier 5	NDS, QL (42 tabs / 28 days), PA NSO
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	Tier 5	NDS, QL (63 tabs / 28 days), PA NSO
KRAZATI TABS 200mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	Tier 5	NDS, PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), LA, PA NSO
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), LA, PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), LA, PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), LA, PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), LA, PA NSO
LENVIMA CAP 14 MG	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), LA, PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

19

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
LENVIMA CAP 18 MG	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), LA, PA NSO
LENVIMA CAP 24 MG	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), LA, PA NSO
LORBRENA TABS 25mg, 100mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
LUMAKRAS TABS 120mg, 320mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), LA, PA NSO
LYTGOBI TBPK 4mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
MEKINIST SOLR .05mg/ml; TABS .5mg, 2mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
MEKTOVI TABS 15mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
MONJUVI SOLR 200mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
MVASI SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
NERLYNX TABS 40mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
NEXAVAR TABS 200mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), LA, PA NSO
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	Tier 5	NDS, QL (3 caps / 28 days), PA NSO
ODOMZO CAPS 200mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
OGIVRI SOLR 150mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
OGIVRI INJ 420MG	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
PHESGO SOL	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	Tier 5	NDS, PA NSO
PIQRAY 250MG TAB DOSE	Tier 5	NDS, PA NSO
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	Tier 5	NDS, PA NSO
QINLOCK TABS 50mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
RETEVMO CAPS 40mg, 80mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
REZLIDHIA CAPS 150mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
ROZLYTREK CAPS 100mg, 200mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), LA, PA NSO
RYDAPT CAPS 25mg	Tier 5	NDS, PA NSO
SCSEMBLIX TABS 20mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
SCSEMBLIX TABS 40mg	Tier 5	NDS, QL (300 tabs / 30 days), PA NSO
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

20

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
SPRYCEL TABS 20mg, 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	Tier 5	NDS, PA NSO
STIVARGA TABS 40mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), PA NSO
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	Tier 5	NDS, PA NSO
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg; TBSO 10mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), LA, PA NSO
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), LA, PA NSO
TALZENNA CAPS .25mg	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), LA, PA NSO
TASIGNA CAPS 50mg, 150mg, 200mg	Tier 5	NDS, PA NSO
TAZVERIK TABS 200mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
TEPMETKO TABS 225mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
TIBSOVO TABS 250mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	NDS, PA NSO
TRUSELTIQ 50MG DAILY DOSE CPPK 25mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
TRUSELTIQ 75MG DAILY DOSE CPPK 25mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
TRUSELTIQ 100MG DAILY DOSE CPPK 100mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
TRUSELTIQ 125MG DAILY DOSE	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	Tier 5	NDS, PA NSO
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
TURALIO CAPS 125mg, 200mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
VENCLEXTA TABS 10mg	Tier 4	QL (112 tabs / 28 days), LA, PA NSO
VENCLEXTA TABS 50mg	Tier 5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), LA, PA NSO
VENCLEXTA TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), LA, PA NSO
VENCLEXTA TAB START PK	Tier 5	NDS, QL (42 tabs / 28 days), LA, PA NSO
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), LA, PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

21

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
VITRAKVI CAPS 25mg, 100mg; SOLN 20mg/ml	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
VONJO CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), LA, PA NSO
VOTRIENT TABS 200mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
XALKORI CAPS 200mg, 250mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
XOSPATA TABS 40mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg	Tier 5	NDS, QL (4 tabs / 28 days), LA, PA NSO
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 40mg	Tier 5	NDS, QL (8 tabs / 28 days), LA, PA NSO
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 60mg	Tier 5	NDS, QL (4 tabs / 28 days), LA, PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	Tier 5	NDS, QL (24 tabs / 28 days), LA, PA NSO
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg	Tier 5	NDS, QL (8 tabs / 28 days), LA, PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	Tier 5	NDS, QL (32 tabs / 28 days), LA, PA NSO
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 50mg	Tier 5	NDS, QL (8 tabs / 28 days), LA, PA NSO
ZEJULA CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), LA, PA NSO
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), LA, PA NSO
ZELBORAF TABS 240mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
ZOLINZA CAPS 100mg	Tier 5	NDS, PA NSO
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
ZYKADIA TABS 150mg	Tier 5	NDS, LA, PA NSO

PROTECTIVE AGENTS

<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	Tier 2	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	Tier 2	
MESNEX TABS 400mg	Tier 5	NDS

CARDIOVASCULAR

ACE INHIBITOR COMBINATIONS

<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	Tier 1	QL (30 caps / 30 days)
---	--------	------------------------

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

22

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	Tier 1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	Tier 1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	Tier 1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	Tier 1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	Tier 1	QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	Tier 1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	Tier 6	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	Tier 6	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	Tier 6	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	Tier 1	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	Tier 1	
ACE INHIBITORS		
<i>benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	Tier 6	
<i>captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg</i>	Tier 6	
<i>lisinopril TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	Tier 6	
<i>moexipril hcl TABS 7.5mg, 15mg</i>	Tier 1	
<i>perindopril erbumine TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	Tier 1	
<i>quinapril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	Tier 6	
<i>ramipril CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	Tier 6	
<i>trandolapril TABS 1mg, 2mg, 4mg</i>	Tier 1	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>eplerenone TABS 25mg, 50mg</i>	Tier 2	
<i>KERENDIA TABS 10mg, 20mg</i>	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>spironolactone TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	Tier 1	
ALPHA BLOCKERS		
<i>doxazosin mesylate TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	Tier 1	
<i>prazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg</i>	Tier 2	
<i>terazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg</i>	Tier 1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

24

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 24-26MG	Tier 3	
ENTRESTO TAB 49-51MG	Tier 3	
ENTRESTO TAB 97-103MG	Tier 3	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	Tier 6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	Tier 6	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	Tier 6	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	Tier 6	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

25

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i>	Tier 1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	Tier 6	
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i>	Tier 1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i>	Tier 1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 320mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg</i>	Tier 2	
<i>amiodarone hcl TABS 200mg</i>	Tier 1	
<i>disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg</i>	Tier 4	
<i>dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	Tier 2	
<i>flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg</i>	Tier 2	
<i>MULTAQ TABS 400mg</i>	Tier 4	
<i>NORPACE CR CP12 100mg, 150mg</i>	Tier 4	
<i>pacerone TABS 100mg, 400mg</i>	Tier 2	
<i>pacerone TABS 200mg</i>	Tier 1	
<i>propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg</i>	Tier 2	
<i>quinidine sulfate TABS 200mg, 300mg</i>	Tier 2	
<i>sorine TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg</i>	Tier 1	
<i>sotalol hcl TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg</i>	Tier 1	
<i>sotalol hcl (afib/af) TABS 80mg, 120mg, 160mg</i>	Tier 2	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg</i>	Tier 2	
<i>fenofibrate micronized CAPS 67mg, 134mg, 200mg</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

26

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	Tier 1	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	Tier 2	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	Tier 2	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	Tier 2	
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	Tier 2	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	Tier 2	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
PRALUENT SOAJ 75mg/ml, 150mg/ml	Tier 3	PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	Tier 2	
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	Tier 4	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	Tier 1	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
 cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

27

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	Tier 2	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	Tier 2	
BETA-BLOCKERS		
<i>acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg</i>	Tier 2	
<i>atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg</i>	Tier 1	
<i>carvedilol TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg</i>	Tier 1	
<i>labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg</i>	Tier 2	
<i>metoprolol succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate SOLN 5mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>metoprolol tartrate TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	Tier 1	
<i>nadolol TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	Tier 2	
<i>nebivolol hcl TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl TABS 20mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol TABS 5mg, 10mg</i>	Tier 2	
<i>propranolol hcl CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	Tier 2	
<i>timolol maleate TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	Tier 2	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS		
<i>amlodipine besylate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	Tier 1	
<i>cartia xt CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	Tier 2	
<i>dilt-xr CP24 120mg, 180mg, 240mg</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg</i>	Tier 1	
<i>diltiazem hcl coated beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl extended release beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	Tier 2	
<i>felodipine TB24 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	Tier 2	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	Tier 2	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	Tier 2	
NYMALIZE SOLN 6mg/ml	Tier 5	NDS
<i>taztia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	Tier 2	
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	Tier 2	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 120mg, 180mg, 200mg, 240mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml	Tier 2	
<i>verapamil hcl</i> TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	Tier 1	

DIURETICS

<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	Tier 2	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	Tier 1	
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	Tier 1	
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	Tier 2	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg, 80mg	Tier 1	
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	Tier 2	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	Tier 1	
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	Tier 1	
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	Tier 2	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	Tier 2	
<i>toremide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	Tier 1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	Tier 1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	Tier 1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	Tier 1	

MISCELLANEOUS

ADRENALIN SOLN 1mg/ml	Tier 4	
-----------------------	--------	--

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

29

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	Tier 2	
<i>clonidine</i> PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	Tier 2	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	Tier 1	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 7.5mg	Tier 4	
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	Tier 2	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg	Tier 5	NDS, QL (180 caps / 30 days), PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	Tier 2	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	Tier 3	PA; PA if 70 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	Tier 5	NDS, PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	Tier 2	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	Tier 2	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 3	
NITRATES		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	Tier 2	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg; TB24 30mg, 60mg, 120mg	Tier 1	
NITRO-BID OINT 2%	Tier 3	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	Tier 2	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), LA, PA NSO
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), LA, PA NSO
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), LA, PA NSO
OPSUMIT TABS 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), LA, PA NSO
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days), PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

30

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	Tier 5	NDS, LA, PA NSO

CENTRAL NERVOUS SYSTEM

ANTIANSIETY

<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	QL (150 tabs / 30 days)
<i>bupirone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	Tier 1	
<i>bupirone hcl</i> TABS 7.5mg, 30mg	Tier 2	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	Tier 2	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	Tier 2	
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	Tier 2	QL (150 mL / 30 days)

ANTICONVULSANTS

APTIOM TABS 200mg, 400mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTIOM TABS 600mg, 800mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	Tier 5	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA NSO
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	Tier 4	PA NSO
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	Tier 2	
CELONTIN CAPS 300mg	Tier 4	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	Tier 2	QL (480 mL / 30 days), PA NSO
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBDP 2mg	Tier 2	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days), PA NSO; PA if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	Tier 5	NDS, QL (360 caps / 30 days), LA, PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

31

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
DIACOMIT CAPS 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 caps / 30 days), LA, PA NSO
DIACOMIT PACK 250mg	Tier 5	NDS, QL (360 packets / 30 days), LA, PA NSO
DIACOMIT PACK 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 packets / 30 days), LA, PA NSO
<i>diazepam</i> CONC 5mg/ml	Tier 2	QL (240 mL / 30 days), PA NSO; PA if 65 years and older
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	Tier 2	QL (1200 mL / 30 days), PA NSO; PA if 65 years and older
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days), PA NSO; PA if 65 years and older
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	Tier 2	
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	Tier 4	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	Tier 4	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	Tier 4	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	Tier 2	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	Tier 5	NDS, QL (600 mL / 30 days), LA, PA NSO
<i>epitol</i> TABS 200mg	Tier 2	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	Tier 4	QL (480 mL / 30 days), PA NSO
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	Tier 2	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	Tier 5	NDS
<i>felbamate</i> TABS 400mg, 600mg	Tier 2	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	Tier 5	NDS, QL (360 mL / 30 days), LA, PA NSO
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	Tier 5	NDS, QL (720 mL / 30 days), PA NSO
FYCOMPA TABS 2mg	Tier 4	QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA NSO
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg, 400mg	Tier 1	QL (180 caps / 30 days)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

32

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml	Tier 2	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	Tier 5	NDS
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml	Tier 2	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg; TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	Tier 2	
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 1	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	Tier 2	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	Tier 2	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	Tier 2	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	Tier 2	
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	Tier 2	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	Tier 4	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	Tier 2	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	Tier 4	PA NSO; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	Tier 3	PA NSO; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	Tier 4	PA NSO; PA if 70 years and older
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	Tier 2	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	Tier 2	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	Tier 2	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	Tier 2	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	Tier 2	QL (120 caps / 30 days), PA NSO
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg	Tier 2	QL (90 caps / 30 days), PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

33

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days), PA NSO
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml	Tier 2	QL (900 mL / 30 days), PA NSO
<i>primidone</i> TABS 50mg, 125mg, 250mg	Tier 1	
<i>roweepra</i> TABS 500mg	Tier 2	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	Tier 5	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA NSO
<i>rufinamide</i> TABS 200mg	Tier 2	QL (480 tabs / 30 days), PA NSO
<i>rufinamide</i> TABS 400mg	Tier 5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), PA NSO
SPRITAM TB3D 250mg	Tier 4	QL (360 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 500mg	Tier 4	QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 750mg	Tier 4	QL (120 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 1000mg	Tier 4	QL (90 tabs / 30 days)
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 1	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg	Tier 5	NDS, QL (60 films / 30 days), PA NSO
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	Tier 2	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg	Tier 2	
<i>topiramate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	Tier 1	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	Tier 2	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	Tier 2	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	Tier 4	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	Tier 4	
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	Tier 4	
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	Tier 4	
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 packets / 30 days), LA, PA NSO
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), LA, PA NSO
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 packets / 30 days), LA, PA NSO
<i>vigadrone</i> TABS 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), LA, PA NSO
VIMPAT SOLN 10mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1200 mL / 30 days)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

34

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
XCOPRI TABS 50mg, 100mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	Tier 4	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	Tier 5	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	Tier 5	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	Tier 4	QL (900 mL / 30 days), PA NSO
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1100 mL / 30 days), LA, PA NSO

ANTIDEMENTIA

<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	Tier 1	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	Tier 2	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	Tier 2	
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg	Tier 2	PA; PA if < 30 yrs
NAMZARIC CAP 7-10MG	Tier 4	
NAMZARIC CAP 14-10MG	Tier 4	
NAMZARIC CAP 21-10MG	Tier 4	
NAMZARIC CAP 28-10MG	Tier 4	
NAMZARIC CAP PACK	Tier 4	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	Tier 2	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)

ANTIDEPRESSANTS

<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	Tier 3	
--	--------	--

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

35

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	Tier 3	
AUVELITY TAB 45-105MG	Tier 4	QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg; TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg, 300mg	Tier 2	
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml	Tier 2	
<i>citalopram hydrobromide</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 1	
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	Tier 4	PA NSO
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	Tier 4	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), PA NSO
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg; CONC 10mg/ml	Tier 3	
<i>doxepin hcl</i> CAPS 150mg	Tier 4	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	Tier 4	QL (60 caps / 30 days), PA NSO
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	Tier 5	NDS, QL (30 patches / 30 days), PA NSO
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	Tier 2	
<i>escitalopram oxalate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	Tier 1	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	Tier 4	QL (60 caps / 30 days), PA NSO
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	Tier 4	QL (30 caps / 30 days), PA NSO
FETZIMA CAP TITRATIO	Tier 4	PA NSO
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 1	
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	Tier 2	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	Tier 2	
MARPLAN TABS 10mg	Tier 4	QL (180 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	Tier 2	
<i>mirtazapine</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	Tier 1	
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

36

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	Tier 2	
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	Tier 4	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml	Tier 4	QL (900 mL / 30 days), PA NSO
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	Tier 2	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 4	
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml	Tier 2	
<i>sertraline hcl</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	Tier 2	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	Tier 1	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg	Tier 4	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	Tier 4	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	Tier 4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	Tier 1	
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	Tier 2	
VIIBRYD KIT STARTER	Tier 4	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	Tier 2	QL (120 caps / 30 days)
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	Tier 2	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	Tier 2	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	Tier 3	PA; PA if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	Tier 2	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	Tier 2	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	Tier 2	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

37

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	Tier 2	
<i>entacapone TABS 200mg</i>	Tier 2	
INBRIJA CAPS 42mg	Tier 5	NDS, QL (300 caps / 30 days), LA, PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	Tier 4	
<i>pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg</i>	Tier 1	
<i>rasagiline mesylate TABS .5mg, 1mg</i>	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>	Tier 1	
<i>selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg</i>	Tier 2	
<i>trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg</i>	Tier 3	PA; PA if 70 years and older
ANTIPSYCHOTICS		
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	Tier 5	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole SOLN 1mg/ml</i>	Tier 2	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg</i>	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole TBDP 10mg, 15mg</i>	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	Tier 5	NDS

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

38

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	Tier 2	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	Tier 2	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	Tier 2	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	Tier 2	PA NSO
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	Tier 2	QL (270 tabs / 30 days), PA NSO
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days), PA NSO
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), PA NSO
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
FANAPT PAK	Tier 4	PA NSO
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	Tier 2	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	Tier 2	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	Tier 2	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	Tier 5	NDS, QL (1 injection / 180 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	Tier 4	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LATUDA TABS 80mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

39

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	Tier 2	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl</i> TABS 80mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	Tier 2	
NUPLAZID CAPS 34mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), LA, PA NSO
NUPLAZID TABS 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), LA, PA NSO
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	Tier 2	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg; TBDP 10mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg; TBDP 5mg, 15mg, 20mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	Tier 2	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 30 days)
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	Tier 2	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg	Tier 2	
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), PA NSO
REXULTI TABS 3mg, 4mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg	Tier 4	QL (2 injections / 28 days)
RISPERDAL CONSTA SRER 37.5mg, 50mg	Tier 5	NDS, QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	Tier 2	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	Tier 1	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

40

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	Tier 4	QL (30 patches / 30 days)
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	Tier 2	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	Tier 2	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	Tier 5	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA NSO
VRAYLAR CAPS 1.5mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days)
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	Tier 4	
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	Tier 2	QL (6 injections / 3 days)
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg	Tier 4	QL (2 vials / 28 days), PA NSO
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg	Tier 5	NDS, QL (2 vials / 28 days), PA NSO
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg	Tier 5	NDS, QL (1 vial / 28 days), PA NSO

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 18mg, 25mg	Tier 2	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 40mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

41

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 60mg, 80mg, 100mg	Tier 2	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 10mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 1mg, 2mg, 4mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 3mg	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>metadate er</i> TBCR 20mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 5mg/5ml	Tier 2	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 10mg/5ml	Tier 2	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), PA

HYPNOTICS

BELSOMRA TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg	Tier 4	QL (30 tabs / 30 days)
DAYVIGO TABS 5mg, 10mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep)</i> TABS 3mg, 6mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tasimelteon</i> CAPS 20mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg, 30mg	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 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	Tier 3	QL (1 pen / 30 days), PA
--------------------------------	--------	--------------------------

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

42

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	Tier 5	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 mL / 30 days), PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	Tier 2	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	Tier 2	QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	Tier 3	QL (16 tabs / 30 days), PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	Tier 2	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	Tier 2	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	Tier 2	QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	Tier 2	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	Tier 2	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	QL (12 tabs / 30 days)
<i>zolmitriptan</i> TABS 2.5mg, 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg	Tier 2	QL (12 tabs / 30 days)
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), LA, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), LA, PA
AUSTEDO XR TB24 6mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), PA
AUSTEDO XR TB24 24mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	Tier 5	NDS, QL (2 packs / year), PA
INGREZZA CAPS 40mg, 60mg, 80mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), LA, PA
INGREZZA CAP 40-80MG	Tier 5	NDS, QL (28 caps / 28 days), LA, PA
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	Tier 4	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg	Tier 1	
<i>lithium carbonate</i> TBCR 300mg, 450mg	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

43

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
NUEDEXTA CAP 20-10MG	Tier 4	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	Tier 2	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	Tier 2	
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), PA

MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS

BAFIERTAM CPDR 95mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), LA, PA NSO
BETASERON KIT .3mg	Tier 5	NDS, QL (14 syringes / 28 days), PA NSO
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	Tier 2	PA
<i>fingolimod hcl</i> CAPS .5mg	Tier 5	NDS, QL (28 caps / 28 days), PA NSO
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	Tier 5	NDS, QL (30 syringes / 30 days), PA NSO
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	Tier 5	NDS, QL (12 syringes / 28 days), PA NSO
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	Tier 5	NDS, QL (30 syringes / 30 days), PA NSO
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	Tier 5	NDS, QL (12 syringes / 28 days), PA NSO
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	Tier 5	NDS, QL (16 pens / year), LA, PA NSO

MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS

<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 3	PA; PA if 70 years and older
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	Tier 2	

NARCOLEPSY/CATAPLEXY

<i>armodafinil</i> TABS 50mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	Tier 5	NDS, QL (540 mL / 30 days), LA, PA
XYREM SOLN 500mg/ml	Tier 5	NDS, QL (540 mL / 30 days), LA, PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

44

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	Tier 2	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	Tier 2	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	Tier 2	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	Tier 2	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	Tier 2	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	Tier 2	
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	Tier 2	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	Tier 2	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	Tier 4	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	Tier 4	
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	Tier 2	QL (56 tabs / 28 days), PA
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	Tier 2	PA
VIVITROL SUSR 380mg	Tier 5	NDS

ENDOCRINE AND METABOLIC

ANDROGENS

<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	Tier 2	PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	Tier 2	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1.62%	Tier 2	QL (150 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	Tier 2	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	Tier 2	PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

45

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ANTIDIABETICS		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml	Tier 3	QL (4 pens / 28 days), PA NSO
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml	Tier 4	QL (1 pen / 30 days), PA NSO
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg	Tier 1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 4mg	Tier 1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 5mg	Tier 6	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 10mg	Tier 6	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg	Tier 6	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 10mg	Tier 6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg	Tier 6	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg	Tier 6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	Tier 1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	Tier 1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	Tier 1	QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 25mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-500	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	Tier 6	QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	Tier 6	QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg	Tier 6	QL (75 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	Tier 6	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

46

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	Tier 6	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	Tier 1	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml, 2mg/3ml	Tier 3	QL (1 pen / 28 days), PA NSO
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	Tier 3	QL (1 pen / 28 days), PA NSO
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML	Tier 3	QL (1 pen / 28 days), PA NSO
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS 2mg	Tier 1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg	Tier 1	QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days), PA NSO
SYNJARDY TAB 5-500MG	Tier 3	QL (120 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-1000MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-500	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 10-1000	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 25-1000	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
TRADJENTA TABS 5mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5- 1000MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	Tier 3	QL (4 pens / 28 days), PA NSO
VICTOZA SOPN 18mg/3ml	Tier 3	QL (3 pens / 30 days), PA NSO
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-500MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-500MG	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-1000	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIDIABETICS, INSULINS		
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	Tier 3	SI
BD ALCOHOL SWABS	Tier 3	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

47

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
FIASP FLEX INJ TOUCH	Tier 3	SI
FIASP INJ 100/ML	Tier 3	SI
FIASP PENFIL INJ U-100	Tier 3	SI
FIASP PMPCRT INJ U-100	Tier 3	B/D; SI
GAUZE PADS 2" X 2"	Tier 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	Tier 5	NDS, B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	Tier 5	NDS
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO	Tier 3	
INSULIN SAFETY NEEDLES	Tier 3	
INSULIN SYRINGES: BD	Tier 3	
LANTUS SOLN 100unit/ml	Tier 3	SI
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	Tier 3	SI
LEVEMIR SOLN 100unit/ml	Tier 3	SI
LEVEMIR FLEXPEN SOPN 100unit/ml	Tier 3	SI
LEVEMIR FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	Tier 3	SI
NOVOLIN INJ 70/30	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	Tier 4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

48

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
OMNIPOD DASH KIT INTRO	Tier 4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC	Tier 4	QL (1 kit / year), PA
SOLIQUA INJ 100/33	Tier 3	QL (5 pens / 25 days); SI
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	Tier 3	SI
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	Tier 3	SI
TRESIBA SOLN 100unit/ml	Tier 3	SI
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	Tier 3	SI
V-GO 20 KIT	Tier 4	QL (1 kit / 30 days), PA
V-GO 30 KIT	Tier 4	QL (1 kit / 30 days), PA
V-GO 40 KIT	Tier 4	QL (1 kit / 30 days), PA
XULTOPHY INJ 100/3.6	Tier 3	QL (5 pens / 30 days); SI

CALCIUM REGULATORS

<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	Tier 1	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	Tier 2	B/D
FORTEO SOPN 600mcg/2.4ml	Tier 5	NDS, PA
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	Tier 2	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	Tier 5	NDS, LA, PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	Tier 3	B/D

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

49

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	Tier 2	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	Tier 4	QL (1 syringe / 180 days)
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	Tier 5	NDS, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	Tier 5	NDS, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	Tier 2	B/D

CHELATING AGENTS

CHEMET CAPS 100mg	Tier 4	
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 180mg, 360mg	Tier 5	NDS, PA
<i>deferasirox</i> TABS 90mg	Tier 2	PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	Tier 3	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	Tier 5	NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i> sps SUSP 15gm/60ml	Tier 2	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	Tier 5	NDS, PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	Tier 3	

CONTRACEPTIVES

<i>afirmelle</i>	Tier 2	
<i>altavera</i>	Tier 2	
<i>alyacen 1/35</i>	Tier 2	
<i>alyacen 7/7/7</i>	Tier 2	
<i>apri</i>	Tier 2	
<i>aranelle</i>	Tier 2	
<i>aubra eq</i>	Tier 2	
<i>aurovela 1/20</i>	Tier 2	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>aurovela fe 1/20</i>	Tier 2	
<i>aviane</i>	Tier 2	
<i>ayuna</i>	Tier 2	
<i>azurette</i>	Tier 2	
<i>balziva</i>	Tier 2	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>briellyn</i>	Tier 2	
<i>camila</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>chateal</i>	Tier 2	
<i>cryselle-28</i>	Tier 2	
<i>cyred eq</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

50

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>dasetta 1/35</i>	Tier 2	
<i>dasetta 7/7/7</i>	Tier 2	
<i>deblitane TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	Tier 2	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	Tier 2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	Tier 2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	Tier 2	
<i>elinest</i>	Tier 2	
<i>eluryng</i>	Tier 2	
<i>emoquette</i>	Tier 2	
<i>enilloring</i>	Tier 2	
<i>enpresse-28</i>	Tier 2	
<i>enskyce</i>	Tier 2	
<i>errin TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>estarylla</i>	Tier 2	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	Tier 2	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	Tier 2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr</i>	Tier 2	
<i>falmina</i>	Tier 2	
<i>femynor</i>	Tier 2	
<i>hailey 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>haloette</i>	Tier 2	
<i>heather TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>iclevia</i>	Tier 2	
<i>incassia TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>introvale</i>	Tier 2	
<i>isibloom</i>	Tier 2	
<i>jasmiel</i>	Tier 2	
<i>jolessa</i>	Tier 2	
<i>juleber</i>	Tier 2	
<i>junel 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>junel 1/20</i>	Tier 2	
<i>junel fe 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>junel fe 1/20</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

51

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>kariva</i>	Tier 2	
<i>kelnor 1/35</i>	Tier 2	
<i>kelnor 1/50</i>	Tier 2	
<i>kurvelo</i>	Tier 2	
<i>larin 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>larin 1/20</i>	Tier 2	
<i>larin fe 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>larin fe 1/20</i>	Tier 2	
<i>leena</i>	Tier 2	
<i>lessina</i>	Tier 2	
<i>levonest</i>	Tier 2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	Tier 2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	Tier 2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	Tier 2	
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05- 30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	Tier 2	
<i>levora 0.15/30-28</i>	Tier 2	
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	Tier 2	
<i>loestrin 1/20-21</i>	Tier 2	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>loestrin fe 1/20</i>	Tier 2	
<i>loryna</i>	Tier 2	
<i>low-ogestrel</i>	Tier 2	
<i>lutra</i>	Tier 2	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>lyza TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>marlissa</i>	Tier 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	Tier 2	
<i>microgestin 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>microgestin 1/20</i>	Tier 2	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>microgestin fe 1/20</i>	Tier 2	
<i>mili</i>	Tier 2	
<i>mono-linyah</i>	Tier 2	
<i>necon 0.5/35-28</i>	Tier 2	
<i>nikki</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

52

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>nora-be</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>norethindrone (contraceptive)</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1- 20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	Tier 2	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	Tier 2	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	Tier 2	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	Tier 2	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	Tier 2	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18- 25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	Tier 2	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18- 35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	Tier 2	
<i>norlyroc</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	Tier 2	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	Tier 2	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	Tier 2	
<i>nortrel 7/7/7</i>	Tier 2	
<i>nylia 1/35</i>	Tier 2	
<i>nylia 7/7/7</i>	Tier 2	
<i>nymyo</i>	Tier 2	
<i>ocella</i>	Tier 2	
<i>philith</i>	Tier 2	
<i>pimtrea</i>	Tier 2	
<i>pirmella 1/35</i>	Tier 2	
<i>portia-28</i>	Tier 2	
<i>reclipsen</i>	Tier 2	
<i>setlakin</i>	Tier 2	
<i>sharobel</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>simliya</i>	Tier 2	
<i>sprintec 28</i>	Tier 2	
<i>sronyx</i>	Tier 2	
<i>syeda</i>	Tier 2	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	Tier 2	
<i>tilia fe</i>	Tier 2	
<i>tri-estarylla</i>	Tier 2	
<i>tri-legest fe</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

53

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>tri-linyah</i>	Tier 2	
<i>tri-lo-estarylla</i>	Tier 2	
<i>tri-lo-marzia</i>	Tier 2	
<i>tri-lo-mili</i>	Tier 2	
<i>tri-lo-sprintec</i>	Tier 2	
<i>tri-mili</i>	Tier 2	
<i>tri-nymyo</i>	Tier 2	
<i>tri-sprintec</i>	Tier 2	
<i>tri-vylibra</i>	Tier 2	
<i>tri-vylibra lo</i>	Tier 2	
<i>trivora-28</i>	Tier 2	
<i>velivet</i>	Tier 2	
<i>vestura</i>	Tier 2	
<i>vienva</i>	Tier 2	
<i>viorele</i>	Tier 2	
<i>vyfemla</i>	Tier 2	
<i>vylibra</i>	Tier 2	
<i>wera</i>	Tier 2	
<i>xulane</i>	Tier 2	
<i>zafemy</i>	Tier 2	
<i>zovia 1/35</i>	Tier 2	
<i>zumandimine</i>	Tier 2	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	Tier 2	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	Tier 5	NDS
ESTROGENS		
<i>amabelz</i>	Tier 3	
DELESTROGEN OIL 10mg/ml	Tier 4	
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	Tier 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	Tier 3	
<i>estradiol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5- 0.1 mg</i>	Tier 3	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	Tier 3	

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
 cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

54

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm; TABS 10mcg	Tier 2	
<i>estradiol valerate</i> OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	Tier 2	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	Tier 3	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	Tier 3	
<i>jinteli</i>	Tier 3	
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	Tier 3	
<i>mimvey</i>	Tier 3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	Tier 3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	Tier 3	
<i>yuvaferm</i> TABS 10mcg	Tier 2	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	Tier 2	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	Tier 4	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml	Tier 2	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	Tier 2	
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	Tier 2	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPK 4mg	Tier 2	
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	Tier 2	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	Tier 2	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	Tier 2	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 15mg/5ml, 25mg/5ml	Tier 2	B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml	Tier 2	B/D
<i>prednisone</i> TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	Tier 1	B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	Tier 2	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	Tier 4	B/D

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

55

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	Tier 4	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	Tier 5	NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	Tier 3	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	Tier 3	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	Tier 3	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	Tier 5	NDS, LA, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	Tier 5	NDS, LA
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	Tier 2	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	Tier 5	NDS, LA, PA
CERDELGA CAPS 84mg	Tier 5	NDS, LA, PA
CEREZYME SOLR 400unit	Tier 5	NDS, LA, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg	Tier 2	B/D, QL (60 tabs / 30 days)
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 60mg	Tier 5	NDS, B/D, QL (60 tabs / 30 days)
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	Tier 5	NDS, B/D, QL (120 tabs / 30 days)
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	Tier 4	LA, PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	Tier 5	NDS
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	Tier 2	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	Tier 2	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	Tier 2	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	Tier 5	NDS, LA, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	Tier 5	NDS, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	Tier 5	NDS, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	Tier 5	NDS, LA, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	Tier 5	NDS, LA, PA
KORLYM TABS 300mg	Tier 5	NDS, LA, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	Tier 2	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	Tier 5	NDS, LA, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	Tier 5	NDS, PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

56

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg)	Tier 5	NDS, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg)	Tier 5	NDS, PA
<i>miglustat</i> CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	Tier 5	NDS, LA, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	Tier 5	NDS, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	Tier 2	PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	Tier 5	NDS, PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	Tier 2	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	Tier 5	NDS, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	Tier 5	NDS, LA, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	Tier 5	NDS, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml	Tier 5	NDS, LA, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 120mg/0.5ml	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	Tier 5	NDS, LA, PA
PHOSPHATE BINDER AGENTS		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg	Tier 2	QL (360 caps / 30 days)
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm	Tier 5	NDS, QL (180 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK .8gm	Tier 5	NDS, QL (540 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> TABS 800mg	Tier 2	QL (540 tabs / 30 days)
VELPHORO CHEW 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days)
PROGESTINS		
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 1	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	Tier 3	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	Tier 4	PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

57

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	Tier 2	
THYROID AGENTS		
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	Tier 2	
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	Tier 2	
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	Tier 2	
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	Tier 2	
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	Tier 2	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 1	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	Tier 2	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	Tier 4	
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	Tier 2	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	Tier 2	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> SOLN 1mcg/ml	Tier 2	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	Tier 2	B/D
RAYALDEE CPR 30mcg	Tier 5	NDS
GASTROINTESTINAL		
ANTIEMETICS		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	Tier 2	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	Tier 2	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	Tier 2	
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

58

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	Tier 2	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	Tier 2	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml	Tier 2	
<i>metoclopramide hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 1	
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	Tier 2	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	Tier 2	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	Tier 2	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	Tier 2	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	Tier 2	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 2	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	Tier 3	PA; PA if 70 years and older
<i>promethazine hcl</i> SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	Tier 2	PA; PA if 70 years and older
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	Tier 4	QL (10 patches / 30 days), PA; PA if 70 years and older

ANTISPASMODICS

<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg	Tier 3	
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml	Tier 4	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg, 2mg	Tier 2	

H2-RECEPTOR ANTAGONISTS

<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	Tier 2	
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml	Tier 2	QL (300 mL / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 20mg	Tier 1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 40mg	Tier 1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	Tier 2	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	Tier 2	

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	Tier 2	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	Tier 2	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

59

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	Tier 2	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	Tier 2	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	Tier 2	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	Tier 2	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	Tier 2	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 500mg	Tier 2	

LAXATIVES

<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2	
<i>gavilyte-c</i>	Tier 1	
<i>gavilyte-g</i>	Tier 1	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2	
GOLYTELY SOL	Tier 3	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	Tier 1	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	Tier 1	
PLENVU SOL	Tier 4	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	Tier 2	
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	Tier 4	

MISCELLANEOUS

<i>alose tron hcl</i> TABS .5mg, 1mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	Tier 2	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	Tier 4	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	Tier 3	
GATTEX KIT 5mg	Tier 5	NDS, LA, PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	Tier 4	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	Tier 2	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	Tier 2	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	Tier 5	NDS, PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

60

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>sucralfate</i> TABS 1gm	Tier 2	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	Tier 2	
XERMELO TABS 250mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), LA, PA
XIFAXAN TABS 550mg	Tier 5	NDS, PA

PANCREATIC ENZYMES

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

PROTON PUMP INHIBITORS

<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	Tier 1	
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg	Tier 2	
<i>pantoprazole sodium</i> TBEC 20mg, 40mg	Tier 1	

GENITOURINARY

BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

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

MISCELLANEOUS

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

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
URINARY ANTISPASMODICS		
<i>fesoterodine fumarate</i> TB24 4mg, 8mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
GEMTESA TABS 75mg	Tier 4	QL (30 tabs / 30 days)
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	Tier 4	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	Tier 4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg	Tier 2	
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>tropium chloride</i> TABS 20mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	Tier 2	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	Tier 2	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	Tier 2	
HEMATOLOGIC		
ANTICOAGULANTS		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg, 150mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)
ELIQUIS TABS 2.5mg	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	Tier 3	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	Tier 3	QL (74 tabs / 30 days)
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	Tier 2	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	Tier 2	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	Tier 5	NDS
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	Tier 2	
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	Tier 2	
HEP SOD/NAACL INJ 12500UNT	Tier 3	
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	Tier 3	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	Tier 2	B/D
HEPARIN/NAACL INJ 25000UNT	Tier 3	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

62

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	Tier 1	
PRADAXA CAPS 75mg, 150mg	Tier 4	QL (60 caps / 30 days)
PRADAXA CAPS 110mg	Tier 4	QL (120 caps / 30 days)
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	Tier 1	
XARELTO SUSR 1mg/ml	Tier 3	QL (620 mL / 30 days)
XARELTO TABS 2.5mg	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	Tier 3	QL (51 tabs / 30 days)

HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS

PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	Tier 3	PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	Tier 5	NDS, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	Tier 5	NDS, PA
ZIEXTENZO SOSY 6mg/0.6ml	Tier 5	NDS, PA

MISCELLANEOUS

<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	Tier 2	
BERINERT KIT 500unit	Tier 5	NDS, QL (24 boxes / 30 days), LA, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	Tier 1	
DOPTELET TABS 20mg	Tier 5	NDS, LA, PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	Tier 3	
ENDARI PACK 5gm	Tier 5	NDS, LA, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	Tier 5	NDS, QL (30 vials / 30 days), LA, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	Tier 5	NDS, QL (20 vials / 30 days), LA, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	Tier 5	NDS, QL (9 syringes / 30 days), PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	Tier 1	
PROMACTA PACK 12.5mg	Tier 5	NDS, QL (360 packets / 30 days), LA, PA
PROMACTA PACK 25mg	Tier 5	NDS, QL (180 packets / 30 days), LA, PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), LA, PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), LA, PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

63

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	Tier 5	NDS, QL (9 syringes / 30 days), LA, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	Tier 2	

PLATELET AGGREGATION INHIBITORS

<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	Tier 2	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	Tier 3	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	Tier 1	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	Tier 3	PA; PA if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 2	

IMMUNOLOGIC AGENTS

AUTOIMMUNE AGENTS

DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml; SOSY 100mg/0.67ml, 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	Tier 5	NDS, PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml; SOLR 25mg	Tier 5	NDS, QL (16 vials / 28 days), PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	Tier 5	NDS, QL (16 syringes / 28 days), PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 syringes / 28 days), PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 pens / 28 days), PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml	Tier 5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (6 syringes / 28 days), PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	Tier 5	NDS, PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	Tier 5	NDS, PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (6 pens / 28 days), PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (4 pens / 28 days), PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	Tier 5	NDS, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	Tier 5	NDS, PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

64

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	Tier 5	NDS, PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	Tier 5	NDS, LA, PA
KEVZARA SOAJ 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	Tier 5	NDS, QL (2 pens / 28 days), PA
KEVZARA SOSY 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	Tier 5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), PA
OTEZLA TABS 30mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
OTEZLA TAB 10/20/30	Tier 5	NDS, QL (110 tabs / year), PA
REMICADE SOLR 100mg	Tier 5	NDS, LA, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	Tier 5	NDS, LA, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
RINVOQ TB24 45mg	Tier 5	NDS, QL (168 tabs / year), PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	Tier 5	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	Tier 5	NDS, QL (6 vials / year), PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	Tier 5	NDS, QL (6 syringes / 365 days), PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	Tier 5	NDS, QL (6 pens / 365 days), PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	Tier 5	NDS, QL (1 vial / 28 days), LA, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	Tier 5	NDS, LA, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml	Tier 5	NDS, QL (3 syringes / 28 days), LA, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	Tier 5	NDS, QL (480 mL / 24 days), PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)</i>		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

65

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	Tier 2	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	Tier 4	B/D

IMMUNOGLOBULINS

BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	Tier 5	NDS, LA, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	Tier 5	NDS, PA
GAMASTAN INJ	Tier 4	B/D, LA
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	Tier 5	NDS, PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	Tier 5	NDS, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	Tier 5	NDS, PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	Tier 5	NDS, LA, PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	Tier 5	NDS, PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 25gm/500ml, 30gm/300ml	Tier 5	NDS, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	Tier 5	NDS, PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	Tier 5	NDS, PA

IMMUNOMODULATORS

ACTIMMUNE SOLN 2000000unit/0.5ml	Tier 5	NDS, LA, PA NSO
ARCALYST SOLR 220mg	Tier 5	NDS, LA, PA
INTRON A SOLR 10000000unit, 18000000unit, 50000000unit	Tier 5	NDS, B/D, LA

IMMUNOSUPPRESSANTS

<i>azathioprine</i> TABS 50mg	Tier 2	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 syringes / 28 days), LA, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	Tier 5	NDS, LA, PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	Tier 2	B/D
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	Tier 2	B/D
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	Tier 5	NDS, B/D
<i>engraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	Tier 2	B/D
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	Tier 2	B/D
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	Tier 5	NDS, B/D
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	Tier 2	B/D
NULOJIX SOLR 250mg	Tier 5	NDS, B/D
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	Tier 4	B/D
REZUROCK TABS 200mg	Tier 5	NDS, LA, PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	Tier 4	B/D
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	Tier 5	NDS, B/D
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	B/D
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	Tier 2	B/D

VACCINES

ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	Tier 3	
ACTHIB INJ	Tier 3	
ADACEL INJ	Tier 3	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	Tier 3	
BCG VACCINE SOLR 50mg	Tier 3	
BEXSERO INJ	Tier 3	
BOOSTRIX INJ	Tier 3	
DAPTACEL INJ	Tier 3	
DENG VAXIA SUS	Tier 3	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	Tier 3	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	Tier 3	B/D
GARDASIL 9 INJ	Tier 3	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	Tier 3	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	Tier 3	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	Tier 3	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	Tier 3	B/D
INFANRIX INJ	Tier 3	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

67

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
IPOL INJ INACTIVE	Tier 3	
IXIARO INJ	Tier 3	
KINRIX INJ	Tier 3	
M-M-R II INJ	Tier 3	
MENACTRA INJ	Tier 3	
MENQUADFI INJ	Tier 3	
MENVEO INJ	Tier 3	
MENVEO SOL	Tier 3	
PEDIARIX INJ 0.5ML	Tier 3	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	Tier 3	
PENTACEL INJ	Tier 3	
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	Tier 3	B/D
PRIORIX INJ	Tier 3	
PROQUAD INJ	Tier 3	
QUADRACEL INJ	Tier 3	
QUADRACEL INJ 0.5ML	Tier 3	
RABAVERT INJ	Tier 3	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	Tier 3	B/D
ROTARIX SUS	Tier 3	
ROTATEQ SOL	Tier 3	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	Tier 3	QL (2 vials per lifetime)
TDVAX INJ 2-2 LF	Tier 3	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	Tier 3	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	Tier 3	
TRUMENBA INJ	Tier 3	
TWINRIX INJ	Tier 3	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	Tier 3	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	Tier 3	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	Tier 3	
YF-VAX INJ	Tier 3	

NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS

ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE

D2.5W/NAACL INJ 0.45%	Tier 4	
D5W/LYTES INJ #48	Tier 4	
D10W/NAACL INJ 0.2%	Tier 3	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	Tier 2	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

68

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	Tier 2	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	Tier 2	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	Tier 2	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	Tier 2	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	Tier 2	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	Tier 2	
ISOLYTE-P INJ /D5W	Tier 4	
ISOLYTE-S INJ	Tier 4	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	Tier 4	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	Tier 2	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	Tier 4	
<i>lactated ringer's solution</i>	Tier 2	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	Tier 3	
<i>magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	Tier 3	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	Tier 3	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	Tier 3	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	Tier 2	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	Tier 2	
PLASMA-LYTE INJ -148	Tier 4	
PLASMA-LYTE INJ -A	Tier 4	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

69

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ	Tier 4	
POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	Tier 4	
<i>potassium chloride</i> SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	Tier 2	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml, 20meq/50ml	Tier 4	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	Tier 2	
<i>sodium chloride</i> SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	Tier 2	
TPN ELECTROL INJ	Tier 4	B/D
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	Tier 2	
<i>klor-con 8</i> TBCR 8meq	Tier 1	
<i>klor-con 10</i> TBCR 10meq	Tier 1	
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	Tier 1	
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	Tier 2	
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	Tier 1	
M-NATAL PLUS TAB	Tier 3	
<i>potassium chloride</i> CPR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	Tier 2	
<i>potassium chloride</i> TBCR 8meq, 10meq, 20meq	Tier 1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 10meq, 20meq	Tier 1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 15meq	Tier 2	
PRENATAL TAB 27-1MG	Tier 3	
PRENATAL TAB PLUS	Tier 3	
<i>sodium fluoride</i> chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln	Tier 2	
IV NUTRITION		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	Tier 4	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	Tier 2	B/D

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

70

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
CLINOLIPID EMU 20%	Tier 4	B/D
<i>dextrose</i> SOLN 5%, 10%	Tier 2	
<i>dextrose</i> SOLN 50%, 70%	Tier 2	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	Tier 4	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	Tier 4	B/D
<i>plenamine</i>	Tier 2	B/D
PREMASOL SOL 10%	Tier 5	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	Tier 4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	Tier 4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	Tier 4	B/D

OPHTHALMIC

ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY

<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	Tier 2	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	Tier 2	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	Tier 2	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	Tier 3	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	Tier 3	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	Tier 2	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	Tier 3	

ANTI-INFECTIVES

<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	Tier 2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	Tier 1	
BESIVANCE SUSP .6%	Tier 3	
CILOXAN OINT .3%	Tier 3	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 1	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	Tier 1	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	Tier 2	
<i>gentak OINT .3%</i>	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 1	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	Tier 2	
NATACYN SUSP 5%	Tier 4	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

71

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	Tier 2	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	Tier 2	
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 2	
<i>polycin ophth oint</i>	Tier 1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	Tier 2	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 1	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	Tier 2	
<i>ZIRGAN GEL .15%</i>	Tier 4	
ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>ALREX SUSP .2%</i>	Tier 3	
<i>BROMSITE SOLN .075%</i>	Tier 4	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	Tier 2	
<i>difluprednate EMUL .05%</i>	Tier 2	
<i>EYSUVIS SUSP .25%</i>	Tier 4	
<i>FLAREX SUSP .1%</i>	Tier 4	
<i>fluorometholone (ophth) SUSP .1%</i>	Tier 2	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	Tier 2	
<i>ILEVRO SUSP .3%</i>	Tier 3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%, .5%</i>	Tier 2	
<i>LOTEMAX OINT .5%</i>	Tier 3	
<i>prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%</i>	Tier 2	
<i>PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%</i>	Tier 3	
<i>PROLENSA SOLN .07%</i>	Tier 3	
ANTIALLERGICS		
<i>azelastine hcl (ophth) SOLN .05%</i>	Tier 2	
<i>cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%</i>	Tier 1	
<i>olopatadine hcl SOLN .1%</i>	Tier 2	
<i>ZERVIAE SOLN .24%</i>	Tier 4	
ANTIGLAUCOMA		
<i>ALPHAGAN P SOLN .1%</i>	Tier 3	
<i>betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

72

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
BETOPTIC-S SUSP .25%	Tier 3	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .1%, .15%	Tier 2	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	Tier 1	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	Tier 2	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	Tier 2	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	Tier 1	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 2-0.5%	Tier 1	
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	Tier 1	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	Tier 2	
LUMIGAN SOLN .01%	Tier 3	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	Tier 2	
RHOPRESSA SOLN .02%	Tier 3	
ROCKLATAN DRO	Tier 4	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	Tier 3	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%	Tier 2	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLN .25%, .5%	Tier 1	
VYZULTA SOLN .024%	Tier 4	

MISCELLANEOUS

ATROPINE SULFATE SOLN 1%	Tier 3	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	Tier 2	
CYSTADROPS SOLN .37%	Tier 5	NDS, LA, PA
CYSTARAN SOLN .44%	Tier 5	NDS, LA, PA
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	Tier 2	
RESTASIS EMUL .05%	Tier 3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	Tier 3	
TYRVAYA SOLN .03mg/act	Tier 4	
XIIDRA SOLN 5%	Tier 3	

OTIC

OTIC AGENTS

<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	Tier 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> 0.3- 0.1%	Tier 2	
<i>flac</i> OIL .01%	Tier 2	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln</i> 1%	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp</i> 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%	Tier 2	
<i>ofloxacin (otic)</i> SOLN .3%	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

73

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
RESPIRATORY		
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	Tier 3	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	Tier 3	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	Tier 3	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	Tier 3	QL (4 inhalers / 28 days)
COMBIVENT AER 20-100	Tier 4	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	Tier 2	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	Tier 3	QL (60 blisters / 30 days)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	Tier 3	QL (60 blisters / 30 days)
ANTICHOLINERGICS		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	Tier 4	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	Tier 3	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide SOLN .02%</i>	Tier 2	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	Tier 2	
ANTI-HISTAMINES		
<i>azelastine hcl SOLN .1%, .15%</i>	Tier 2	
<i>cetirizine hcl SOLN 1mg/ml</i>	Tier 1	
<i>cyproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg</i>	Tier 3	PA; PA if 70 years and older
<i>diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml</i>	Tier 2	
<i>hydroxyzine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml</i>	Tier 4	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg</i>	Tier 3	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine pamoate CAPS 25mg, 50mg</i>	Tier 3	PA; PA if 70 years and older
<i>levocetirizine dihydrochloride SOLN 2.5mg/5ml; TABS 5mg</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

74

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
BETA AGONISTS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	Tier 2	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	Tier 2	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	Tier 2	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	Tier 2	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	Tier 2	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	Tier 2	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	Tier 2	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	Tier 3	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	Tier 2	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	Tier 3	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	Tier 3	QL (6 inhalers / 30 days)
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg	Tier 2	
<i>montelukast sodium</i> TABS 10mg	Tier 1	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	Tier 2	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	Tier 2	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	Tier 5	NDS, LA, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	Tier 2	B/D
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	Tier 2	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	Tier 2	(generic of Adrenaclick)
FASENRA SOSY 30mg/ml	Tier 5	NDS, LA, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	Tier 5	NDS, LA, PA
KALYDECO PACK 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	Tier 5	NDS, QL (56 packs / 28 days), LA, PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

75

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
KALYDECO TABS 150mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), LA, PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), LA, PA
ORKAMBI GRA 75-94MG	Tier 5	NDS, QL (56 packs / 28 days), LA, PA
ORKAMBI GRA 100-125	Tier 5	NDS, QL (56 packs / 28 days), LA, PA
ORKAMBI GRA 150-188	Tier 5	NDS, QL (56 packs / 28 days), LA, PA
ORKAMBI TAB 100-125	Tier 5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), LA, PA
ORKAMBI TAB 200-125	Tier 5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), LA, PA
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg	Tier 5	NDS, QL (270 caps / 30 days), PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	Tier 5	NDS, QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	Tier 5	NDS, LA, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	Tier 5	NDS, PA
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg, 500mcg	Tier 2	
SYMDEKO TAB 50-75MG	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), LA, PA
SYMDEKO TAB 100-150	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), LA, PA
SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	Tier 4	
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	Tier 4	
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	Tier 2	
TRIKAFTA PAK 59.5MG	Tier 5	NDS, QL (56 packs / 28 days), LA, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	Tier 5	NDS, QL (56 packs / 28 days), LA, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	Tier 5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), LA, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	Tier 5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), LA, PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

76

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	Tier 5	NDS, LA, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg	Tier 5	NDS, LA, PA

NASAL STEROIDS

<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	Tier 2	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	Tier 2	QL (1 bottle / 30 days)
XHANCE EXHU 93mcg/act	Tier 4	QL (32 mL / 30 days), PA

STEROID INHALANTS

ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	Tier 3	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	Tier 2	B/D
FLOVENT DISKUS AEPB 50mcg/blist	Tier 3	QL (180 inhalations / 30 days)
FLOVENT DISKUS AEPB 100mcg/blist, 250mcg/blist	Tier 3	QL (240 inhalations / 30 days)
FLOVENT HFA AERO 44mcg/act, 110mcg/act, 220mcg/act	Tier 3	QL (2 inhalers / 30 days)
PULMICORT FLEXHALER AEPB 90mcg/act	Tier 4	QL (3 inhalers / 30 days)
PULMICORT FLEXHALER AEPB 180mcg/act	Tier 4	QL (2 inhalers / 30 days)

STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS

ADVAIR DISKU AER 100/50	Tier 3	QL (60 inhalations / 30 days)
ADVAIR DISKU AER 250/50	Tier 3	QL (60 inhalations / 30 days)
ADVAIR DISKU AER 500/50	Tier 3	QL (60 inhalations / 30 days)
ADVAIR HFA AER 45/21	Tier 3	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	Tier 3	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	Tier 3	QL (1 inhaler / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	Tier 3	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	Tier 3	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	Tier 3	QL (60 blisters / 30 days)
SYMBICORT AER 80-4.5	Tier 3	QL (3 inhalers / 30 days)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

77

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
SYMBICORT AER 160-4.5	Tier 3	QL (3 inhalers / 30 days)

TOPICAL

DERMATOLOGY, ACNE

<i>acutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	PA
<i>amnesteem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 2	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	Tier 2	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	Tier 2	QL (75 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1%	Tier 2	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery</i> PADS 2%	Tier 2	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2%	Tier 2	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> LOTN 10%	Tier 2	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin</i> CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%	Tier 2	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	PA

DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS

<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1%	Tier 2	QL (30 gm / 30 days)
<i>mupirocin</i> OINT 2%	Tier 1	QL (220 gm / 30 days)
<i>silver sulfadiazine</i> CREA 1%	Tier 2	
<i>ssd</i> CREA 1%	Tier 2	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	Tier 4	QL (453.6 gm / 30 days)

DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS

<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%	Tier 2	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%	Tier 2	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	Tier 2	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	Tier 2	QL (30 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	Tier 2	QL (45 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical)</i> CREA 2%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	Tier 2	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

78

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	Tier 2	PA
<i>calcipotriene</i> OINT .005%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005%	Tier 2	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i> OINT .005%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> CREA .1%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	Tier 4	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS		
<i>ketoconazole (topical)</i> SHAM 2%	Tier 1	QL (120 mL / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	Tier 2	
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort</i> CREA 1%, 2.5%	Tier 1	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; OINT .05%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05%	Tier 2	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05%	Tier 2	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1%	Tier 2	QL (120 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	Tier 2	QL (50 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
ENSTILAR AER	Tier 4	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .025%; OINT .025%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01%	Tier 2	QL (118.28 mL / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01%	Tier 2	QL (90 mL / 30 days)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

79

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>fluocinonide</i> CREA .05%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	Tier 2	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	Tier 2	
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	Tier 2	QL (50 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%	Tier 1	
<i>hydrocortisone (topical)</i> LOTN 2.5%; OINT 2.5%	Tier 2	
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	Tier 2	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .1%	Tier 1	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .5%; OINT .025%, .1%, .5%	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%	Tier 2	

DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS

<i>glydo</i> PRSY 2%	Tier 2	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> OINT 5%	Tier 2	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	Tier 2	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	Tier 2	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	Tier 2	QL (30 gm / 30 days), PA

DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE

<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	Tier 5	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA NSO
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1%	Tier 2	QL (1000 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	Tier 2	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	Tier 2	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%	Tier 2	
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 2.5%	Tier 1	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	Tier 2	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

80

15/11/2023

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	Tier 2	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	Tier 2	QL (59 mL / 30 days)
PANRETIN GEL .1%	Tier 5	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA NSO
<i>podofilox</i> SOLN .5%	Tier 2	QL (7 mL / 28 days)
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	Tier 2	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	Tier 2	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	Tier 2	
RECTIV OINT .4%	Tier 4	QL (30 gm / 30 days)
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	Tier 2	QL (100 gm / 30 days)
VALCHLOR GEL .016%	Tier 5	NDS, QL (60 gm / 30 days), LA, PA NSO
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>malathion</i> LOTN .5%	Tier 2	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
REGRANEX GEL .01%	Tier 5	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	Tier 4	QL (180 gm / 30 days)
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	Tier 2	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	Tier 2	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	Tier 1	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg	Tier 2	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	Tier 2	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	Tier 2	
<i>periogard</i> SOLN .12%	Tier 1	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	Tier 2	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	Tier 2	

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
 cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

Índice

A	
<i>abacavir sulfate</i>	7
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	9
ABELCET	6
ABILIFY MAINTENA	38
<i>abiraterone acetate</i>	15
ABRYSVO	67
<i>acamprosate calcium</i>	45
<i>acarbose</i>	46
<i>accutane</i>	78
<i>acebutolol hcl</i>	28
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	3
<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>	29
<i>acetic acid</i>	61
<i>acetic acid (otic)</i>	73
<i>acetylcysteine</i>	75
<i>acitretin</i>	79
ACTHIB INJ	67
ACTIMMUNE	66
<i>acyclovir</i>	10
<i>acyclovir sodium</i>	10
ADACEL INJ.....	67
<i>adefovir dipivoxil</i>	10
ADEMPAS.....	30
ADRENALIN.....	29
ADVAIR DISKU AER 100/50	77
ADVAIR DISKU AER 250/50	77
ADVAIR DISKU AER 500/50	77
ADVAIR HFA AER 115/21	77
ADVAIR HFA AER 230/21	77
ADVAIR HFA AER 45/21	77
<i>afirmelle</i>	50
AIMOVIG	42
<i>ala-cort</i>	79
<i>albendazole</i>	4
<i>albuterol sulfate</i>	75
<i>alclometasone dipropionate</i>	79
ALDURAZYME	56
ALECENSA	17
<i>alendronate sodium</i>	49
<i>alfuzosin hcl</i>	61
<i>aliskiren fumarate</i>	30
<i>allopurinol</i>	2
<i>alosetron hcl</i>	60
ALPHAGAN P	72
<i>alprazolam</i>	31
ALREX	72
<i>altavera</i>	50
ALUNBRIG.....	17
ALUNBRIG PAK	17
<i>alyacen 1/35</i>	50
<i>alyacen 7/7/7</i>	50
<i>amabelz</i>	54
<i>amantadine hcl</i>	37
<i>ambrisentan</i>	30
<i>amikacin sulfate</i>	4
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	29
<i>amiloride hcl</i>	29
<i>amiodarone hcl</i>	26
<i>amitriptyline hcl</i>	35
<i>amlodipine besylate</i>	28
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	22
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	25

<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	25	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	13
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	24	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	13
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	25	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	13
<i>amnesteam</i>	78	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	13
<i>amoxapine</i>	36	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	13
<i>amoxicillin</i>	12	<i>ampicillin sodium</i>	13
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	13	<i>anagrelide hcl</i>	63
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	13	<i>anastrozole</i>	15
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	13	<i>ANORO ELLIPT AER 62.5-25</i>	74
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	13	<i>aprepitant</i>	58
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	13	<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	58
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	13	<i>apri</i>	50
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	13	<i>APTIOM</i>	31
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	13	<i>APTIVUS</i>	7
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	13	<i>ARALAST NP</i>	75
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	13	<i>aranelle</i>	50
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	41	<i>ARCALYST</i>	66
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	41	<i>AREXVY</i>	67
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	41	<i>aripiprazole</i>	38
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	41	<i>ARISTADA</i>	38
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	41	<i>ARISTADA INITIO</i>	38
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	41	<i>armodafinil</i>	44
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	41	<i>ARNUITY ELLIPTA</i>	77
<i>amphotericin b</i>	6	<i>asenapine maleate</i>	39
<i>amphotericin b liposome</i>	6	<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	64
<i>ampicillin</i>	13	<i>atazanavir sulfate</i>	7
		<i>atenolol</i>	28
		<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	27
		<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	27
		<i>atomoxetine hcl</i>	41, 42
		<i>atorvastatin calcium</i>	27
		<i>atovaquone</i>	4
		<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	7
		<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	7
		<i>ATROPINE SULFATE</i>	73
		<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	73

ATROVENT HFA.....	74	<i>benztropine mesylate</i>	37
<i>aubra eq</i>	50	BERINERT	63
<i>aurovela 1/20</i>	50	BESIVANCE	71
<i>aurovela fe 1/20</i>	50	BESREMI	16
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	50	<i>betaine powder for oral solution</i>	56
AUSTEDO	43	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	
AUSTEDO XR	43	.....	79
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	43	<i>betamethasone dipropionate</i>	
AUVELITY TAB 45-105MG	36	<i>augmented</i>	79
<i>aviane</i>	50	<i>betamethasone valerate</i>	79
<i>ayuna</i>	50	BETASERON	44
AYVAKIT	17	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	72
<i>azacitidine</i>	15	<i>bethanechol chloride</i>	61
<i>azathioprine</i>	66	BETOPTIC-S	73
<i>azelastine hcl</i>	74	BEVESPI AER 9-4.8MCG	74
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	72	<i>bexarotene</i>	16
<i>azithromycin</i>	12	<i>bexarotene (topical)</i>	80
<i>aztreonam</i>	4	BEXSERO INJ	67
<i>azurette</i>	50	<i>bicalutamide</i>	15
B		BICILLIN L-A	13
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	71	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	9
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	71	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	9
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc</i>		<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>ophth oint 1%</i>	71	10-6.25 mg	27
<i>baclofen</i>	44	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>	
BAFIERTAM	44	2.5-6.25 mg	27
<i>balsalazide disodium</i>	59	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-</i>	
BALVERSA.....	17	6.25 mg.....	27
<i>balziva</i>	50	<i>bisoprolol fumarate</i>	28
BARACLUDE	10	BIVIGAM.....	66
BASAGLAR KWIKPEN	47	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	50
BCG VACCINE.....	67	BOOSTRIX INJ	67
BD ALCOHOL SWABS.....	47	<i>bortezomib</i>	17
BELSOMRA.....	42	BORTEZOMIB	17
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>bosentan</i>	30
10-12.5 mg	23	BOSULIF	17
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i>		BRAFTOVI	17
20-12.5 mg	23	BREO ELLIPTA INH 100-25	77
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i>		BREO ELLIPTA INH 200-25	77
20-25 mg.....	23	BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	77
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-</i>		BREZTRI AERO AER SPHERE	74
6.25mg	23	BREZTRI AERO AER SPHERE	
<i>benazepril hcl</i>	24	(INSTITUTIONAL PACK)	74
BENDEKA	14	<i>briellyn</i>	50
BENLYSTA.....	66	BRILINTA	64
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-</i>		<i>brimonidine tartrate</i>	73
3%.....	78	<i>brinzolamide</i>	73

BRIVIACT.....	31	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg.....</i>	23
<i>bromocriptine mesylate</i>	37	<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg.....</i>	37
BROMSITE	72	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg.....</i>	37
BRUKINSA	17	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg.....</i>	37
<i>budesonide</i>	59	<i>carbamazepine</i>	31
<i>budesonide (inhalation)</i>	77	<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	37
<i>bumetanide.....</i>	29	<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	37
<i>buprenorphine hcl</i>	45	<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	37
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	45	<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	37
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	45	<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	38
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	45	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg.....</i>	38
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	45	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg.....</i>	38
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	45	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg.....</i>	38
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	45	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	38
<i>bupropion hcl</i>	36	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg.....</i>	38
<i>bupropion hcl (smoking deterrent) ..</i>	45	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg.....</i>	38
<i>bupirone hcl.....</i>	31	<i>carboplatin.....</i>	14
<i>butorphanol tartrate.....</i>	3	<i>carglumic acid</i>	56
BYDUREON BCISE	46	<i>carteolol hcl (ophth)</i>	73
BYETTA.....	46	<i>cartia xt.....</i>	28
C		<i>carvedilol</i>	28
<i>cabergoline</i>	56	<i>casprofungin acetate</i>	6
CABOMETYX	17	CAYSTON.....	4
<i>calcipotriene.....</i>	79	<i>cefaclor</i>	11
<i>calcitonin (salmon) spray</i>	49	CEFACTOR ER.....	11
<i>calcitrene</i>	79	<i>cefadroxil.....</i>	11
<i>calcitriol.....</i>	58	CEFAZOLIN	11
<i>calcitriol (oral)</i>	58	CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML.....	11
<i>calcium acetate (phosphate binder) ..</i>	57	<i>cefazolin sodium</i>	11
CALQUENCE	17	CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4% ...	11
<i>camila</i>	50	<i>cefdinir</i>	11
<i>candesartan cilexetil.....</i>	26	<i>cefepime hcl.....</i>	11
CAPLYTA.....	39	<i>cefixime.....</i>	11
CAPRELSA.....	17	<i>cefoxitin sodium.....</i>	11
<i>captopril</i>	24	<i>cefpodoxime proxetil</i>	11
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg.....</i>	23		
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg.....</i>	23		
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg.....</i>	23		

<i>cefprozil</i>	11	CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML.....	5
<i>ceftazidime</i>	11	CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML.....	5
<i>ceftriaxone sodium</i>	11	CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML.....	5
<i>cefuroxime axetil</i>	11	CLINIMIX INJ 4.25/D10	70
<i>cefuroxime sodium</i>	11	CLINIMIX INJ 4.25/D5W	70
<i>celecoxib</i>	2	CLINIMIX INJ 5%/D15W	70
CELONTIN.....	31	CLINIMIX INJ 5%/D20W	70
<i>cephalexin</i>	12	CLINIMIX INJ 6/5.....	70
CERDELGA	56	CLINIMIX INJ 8/10	70
CEREZYME	56	CLINIMIX INJ 8/14	70
<i>cetirizine hcl</i>	74	<i>clinisol sf 15%</i>	70
<i>chateal</i>	50	CLINOLIPID EMU 20%	71
CHEMET.....	50	<i>clobazam</i>	31
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	81	<i>clobetasol propionate</i>	79
<i>chloroquine phosphate</i>	7	<i>clobetasol propionate e</i>	79
<i>chlorpromazine hcl</i>	39	<i>clomipramine hcl</i>	36
<i>chlorthalidone</i>	29	<i>clonazepam</i>	31
<i>cholestyramine</i>	27	<i>clonidine</i>	30
<i>cholestyramine light</i>	27	<i>clonidine hcl</i>	30
<i>ciclopirox olamine</i>	78	<i>clopidogrel bisulfate</i>	64
<i>cilostazol</i>	63	<i>clorazepate dipotassium</i>	31
CILOXAN.....	71	<i>clotrimazole</i>	81
CIMDUO TAB 300-300	9	<i>clotrimazole (topical)</i>	78
<i>cinacalcet hcl</i>	56	<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> 1-0.05%	78
CIPRO	12	<i>clozapine</i>	39
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i> ..	12	COARTEM TAB 20-120MG	7
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i> ..	12	<i>colchicine</i>	2
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> 0.3-0.1%	73	<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500</i> mg.....	2
<i>ciprofloxacin hcl</i>	12	<i>colesevelam hcl</i>	27
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	71	<i>colestipol hcl</i>	27
<i>cisplatin</i>	14	<i>colistimethate sodium</i>	5
<i>citalopram hydrobromide</i>	36	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	73
<i>claravis</i>	78	COMBIVENT AER 20-100.....	74
<i>clarithromycin</i>	12	COMETRIQ (60MG DOSE).....	18
<i>clindamycin hcl</i>	4	COMETRIQ KIT 100MG.....	18
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> ...4		COMETRIQ KIT 140MG.....	18
<i>clindamycin phosphate</i>	4	COMPLERA TAB	9
<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	78	<i>compro</i>	58
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	4	<i>constulose</i>	60
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	5	COPIKTRA.....	18
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	5	CORLANOR.....	30
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	62	COTELLIC	18
		CREON CAP 12000UNT	61
		CREON CAP 24000UNT	61
		CREON CAP 3000UNIT	61

CREON CAP 36000UNT	61	<i>desmopressin acetate spray</i>	56
CREON CAP 6000UNIT	61	<i>desmopressin acetate spray</i>	
<i>cromolyn sodium</i>	75	<i>refrigerated</i>	56
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	60	<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab</i>	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	72	0.15-0.02/0.01 mg(21/5).....	51
<i>cryselle-28</i>	50	<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15</i>	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	44	mg-30 mcg	51
<i>cyclophosphamide</i>	14	<i>desvenlafaxine succinate</i>	36
CYCLOPHOSPHAMIDE	14	<i>dexamethasone</i>	55
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR....	15	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	55
<i>cycloserine</i>	10	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> ...	55
<i>cyclosporine</i>	67	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	
<i>cyclosporine modified (for</i>		<i>(ophth)</i>	72
<i>microemulsion)</i>	67	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	42
<i>cyproheptadine hcl</i>	74	<i>dextrose</i>	71
<i>cyred eq</i>	50	<i>dextrose 10% w/ sodium chloride</i>	
CYSTADROPS	73	0.45%	69
CYSTAGON.....	56	<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride</i>	
CYSTARAN	73	0.45%	68
<i>cytarabine</i>	15	<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	68
D		<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	
D10W/NAACL INJ 0.2%	68	.....	69
D2.5W/NAACL INJ 0.45%.....	68	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i>	
D5W/LYTES INJ #48.....	68	0.225%	69
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	62	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	
<i>dalfampridine</i>	44	.....	69
<i>danazol</i>	54	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	
<i>dantrolene sodium</i>	44	.....	69
<i>dapsone</i>	5	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	
DAPTACEL INJ	67	.....	69
<i>daptomycin</i>	5	DIACOMIT	31, 32
DAPTOMYCIN	5	<i>diazepam</i>	32
<i>darunavir</i>	7	<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	32
<i>dasetta 1/35</i>	51	<i>diazepam inj</i>	32
<i>dasetta 7/7/7</i>	51	<i>diazoxide</i>	56
DAURISMO.....	18	<i>diclofenac potassium</i>	2
DAYVIGO	42	<i>diclofenac sodium</i>	2
<i>deblitane</i>	51	<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	72
<i>deferasirox</i>	50	<i>diclofenac sodium (topical)</i>	80
DELESTROGEN	54	<i>dicloxacillin sodium</i>	13
DELSTRIGO TAB	9	<i>dicyclomine hcl</i>	59
DENGVAXIA SUS.....	67	DIFICID	12
<i>depo-testosterone</i>	45	<i>diflunisal</i>	2
DESCOVY TAB 120-15MG.....	9	<i>difluprednate</i>	72
DESCOVY TAB 200/25MG.....	9	<i>digoxin</i>	30
<i>desipramine hcl</i>	36	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	43
<i>desmopressin acetate</i>	56	DILANTIN	32

DILANTIN-125	32
DILANTIN INFATABS	32
<i>diltiazem hcl</i>	28
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	28
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	28
<i>dilt-xr</i>	28
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	67
<i>diphenhydramine hcl</i>	74
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	60
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	60
<i>dipyridamole</i>	64
<i>disopyramide phosphate</i>	26
<i>disulfiram</i>	45
<i>divalproex sodium</i>	32
<i>docetaxel</i>	17
DOCETAXEL	17
<i>dofetilide</i>	26
<i>donepezil hydrochloride</i>	35
DOPTLET	63
<i>dorzolamide hcl</i>	73
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%</i>	73
<i>dotti</i>	54
DOVATO TAB 50-300MG	9
<i>doxazosin mesylate</i>	24
<i>doxepin hcl</i>	36
<i>doxepin hcl (sleep)</i>	42
<i>doxorubicin hcl</i>	15
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	15
<i>doxy 100</i>	14
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	14
<i>doxycycline hyclate</i>	14
DRIZALMA SPRINKLE	36
<i>dronabinol</i>	58
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	51
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	51
DROXIA	63
<i>droxidopa</i>	30
<i>duloxetine hcl</i>	36
DUPIXENT	64
<i>dutasteride</i>	61
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	61

E	
<i>e.e.s. 400</i>	12
<i>ec-naproxen</i>	2
EDURANT	7
<i>efavirenz</i>	8
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	9
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	9
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	9
ELIGARD	15
<i>elinest</i>	51
ELIQUIS	62
ELIQUIS STARTER PACK	62
ELLENCE	15
<i>eluryng</i>	51
EMCYT	15
<i>emoquette</i>	51
EMSAM	36
<i>emtricitabine</i>	8
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	9
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	9
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	9
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	9
EMTRIVA	8
EMVERM	5
<i>enalapril maleate</i>	24
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	23
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	23
ENBREL	64
ENBREL MINI	64
ENBREL SURECLICK	64
ENDARI	63
<i>endocet tab 10-325mg</i>	3
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	3
<i>endocet tab 5-325mg</i>	3
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	3
ENGERIX-B	67
<i>enilloring</i>	51
<i>enoxaparin sodium</i>	62

<i>enpresse-28</i>	51	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol</i>	
<i>enskyce</i>	51	<i>tab 1 mg-35 mcg</i>	51
ENSTILAR AER.....	79	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol</i>	
<i>entacapone</i>	38	<i>tab 1 mg-50 mcg</i>	51
<i>entecavir</i>	10	<i>etodolac</i>	2
ENTRESTO TAB 24-26MG	25	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring</i>	
ENTRESTO TAB 49-51MG	25	<i>0.120-0.015 mg/24hr</i>	51
ENTRESTO TAB 97-103MG	25	<i>etoposide</i>	17
<i>enulose</i>	60	<i>etravirine</i>	8
EPCLUSA PAK 150-37.5	10	EULEXIN	15
EPCLUSA PAK 200-50MG.....	10	<i>euthyrox</i>	58
EPCLUSA TAB 200-50MG.....	10	<i>everolimus</i>	18
EPCLUSA TAB 400-100	10	<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	67
EPIDIOLEX.....	32	EVOTAZ TAB 300-150	9
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	30, 75	<i>exemestane</i>	16
<i>epitol</i>	32	EXKIVITY	18
EPIVIR HBV	10	EYSUVIS	72
<i>eplerenone</i>	24	<i>ezetimibe</i>	27
EPRONTIA.....	32	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	27
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>		<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	27
.....	43	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	27
ERIVEDGE.....	18	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	27
ERLEADA	15	F	
<i>erlotinib hcl</i>	18	FABRAZYME	56
<i>errin</i>	51	<i>falmina</i>	51
<i>ertapenem sodium</i>	5	<i>famciclovir</i>	10
<i>ery</i>	78	<i>famotidine</i>	59
<i>ery-tab</i>	12	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20</i>	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	12	<i>mg/50ml</i>	59
<i>erythrocine stearate</i>	12	FANAPT	39
<i>erythromycin (acne aid)</i>	78	FANAPT PAK	39
<i>erythromycin (ophth)</i>	71	FARXIGA.....	46
<i>erythromycin base</i>	12	FASENRA	75
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	12	FASENRA PEN.....	75
<i>erythromycin lactobionate</i>	12	<i>felbamate</i>	32
<i>escitalopram oxalate</i>	36	<i>felodipine</i>	28
<i>esomeprazole magnesium</i>	61	<i>femynor</i>	51
<i>estarylla</i>	51	<i>fenofibrate</i>	26
<i>estradiol</i>	54	<i>fenofibrate micronized</i>	26
<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i>		<i>fentanyl</i>	2
<i>0.5-0.1 mg</i>	54	<i>fentanyl citrate</i>	3
<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i>		<i>fesoterodine fumarate</i>	62
<i>1-0.5 mg</i>	54	FETZIMA	36
<i>estradiol vaginal</i>	55	FETZIMA CAP TITRATIO	36
<i>estradiol valerate</i>	55	FIASP FLEX INJ TOUCH	48
<i>ethambutol hcl</i>	10	FIASP INJ 100/ML	48
<i>ethosuximide</i>	32	FIASP PENFIL INJ U-100	48

FIASP PMPCRT INJ U-100	48	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	55
<i>finasteride</i>	61	FYCOMPA	32
<i> fingolimod hcl</i>	44	G	
FINTEPLA	32	<i>gabapentin</i>	32, 33
<i>flac</i>	73	<i>galantamine hydrobromide</i>	35
FLAREX	72	GAMASTAN INJ	66
FLEBOGAMMA DIF	66	GAMMAGARD LIQUID	66
<i>flecainide acetate</i>	26	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	66
FLOVENT DISKUS	77	GAMMAKED	66
FLOVENT HFA	77	GAMMAPLEX	66
<i>fluconazole</i>	6	GAMUNEX-C	66
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200</i> <i>mg/100ml</i>	6	<i>ganciclovir sodium</i>	10
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400</i> <i>mg/200ml</i>	6	GARDASIL 9 INJ	67
<i>flucytosine</i>	6	<i>gatifloxacin (ophth)</i>	71
<i>fludrocortisone acetate</i>	55	GATTEX	60
<i>flunisolide (nasal)</i>	77	GAUZE PADS 2	48
<i>fluocinolone acetonide</i>	79	<i>gavilyte-c</i>	60
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	73	<i>gavilyte-g</i>	60
<i>fluocinonide</i>	80	GAVRETO	18
<i>fluocinonide emulsified base</i>	80	<i>gefitinib</i>	18
<i>fluorometholone (ophth)</i>	72	<i>gemcitabine hcl</i>	15
<i>fluorouracil</i>	15	<i>gemfibrozil</i>	27
<i>fluorouracil (topical)</i>	80	GEMTESA	62
<i>fluoxetine hcl</i>	36	<i>generlac</i>	60
<i>fluphenazine decanoate</i>	39	<i>gengraf</i>	67
<i>fluphenazine hcl</i>	39	GENOTROPIN	56
<i>flurbiprofen</i>	2	GENOTROPIN MINIQUICK	56
<i>flurbiprofen sodium</i>	72	<i>gentak</i>	71
<i>fluticasone propionate</i>	80	<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	5
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	77	<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	5
<i>fluvoxamine maleate</i>	31	<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	5
<i>fondaparinux sodium</i>	62	<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	5
FORTEO	49	<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	5
<i>fosamprenavir calcium</i>	8	<i>gentamicin sulfate</i>	5
<i>fosinopril sodium</i>	24	<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	71
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 10-12.5 mg</i>	23	<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	78
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 20-12.5 mg</i>	23	GENVOYA TAB	9
FOTIVDA	18	GILOTRIF	18
<i>fulvestrant</i>	16	<i>glatiramer acetate</i>	44
<i>furosemide</i>	29	<i>glatopa</i>	44
<i>furosemide inj</i>	29	GLEOSTINE	15
FUZEON	8	<i>glimepiride</i>	46
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	55	<i>glipizide</i>	46
		<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	46
		<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	46

<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	46	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER.....	65
<i>glipizide xl</i>	46	HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....	48
<i>glycopyrrolate</i>	59	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	48
<i>glydo</i>	80	<i>hydralazine hcl</i>	30
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	46	<i>hydrochlorothiazide</i>	29
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	46	<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i>	
GOLYTELY SOL	60	325 mg/15ml	3
<i>granisetron hcl</i>	58, 59	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-</i>	
<i>griseofulvin microsize</i>	6	325 mg.....	3
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	7	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325</i>	
<i>guanfacine hcl</i>	30	mg.....	3
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	42	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i>	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	56	325 mg.....	3
GVOKE KIT.....	56	<i>hydrocodone bitartrate</i>	2
GVOKE PFS	56	<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	
H		.....	3
HAEGARDA.....	63	<i>hydrocortisone</i>	55
<i>hailey 1.5/30</i>	51	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	60
<i>halobetasol propionate</i>	80	<i>hydrocortisone (rectal)</i>	80
<i>haloette</i>	51	<i>hydrocortisone (topical)</i>	80
<i>haloperidol</i>	39	<i>hydromorphone hcl</i>	3
<i>haloperidol decanoate</i>	39	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	65
<i>haloperidol lactate</i>	39	<i>hydroxyurea</i>	16
HARVONI PAK 33.75-150MG.....	10	<i>hydroxyzine hcl</i>	74
HARVONI PAK 45-200MG	10	<i>hydroxyzine pamoate</i>	74
HARVONI TAB 45-200MG	10	HYSINGLA ER.....	3
HARVONI TAB 90-400MG	10	I	
HAVRIX	67	<i>ibandronate sodium</i>	49
<i>heather</i>	51	IBRANCE.....	18
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	62	<i>ibu</i>	2
<i>heparin sodium (porcine)</i>	62	<i>ibuprofen</i>	2
HEPLISAV-B	67	<i>icatibant acetate</i>	63
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT.....	62	<i>iclevia</i>	51
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT.....	62	ICLUSIG	18
HEP SOD/NACL INJ 12500UNT	62	IDHIFA	18
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	62	ILEVRO.....	72
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	18	<i>imatinib mesylate</i>	18
HERCEPTIN	18	IMBRUVICA.....	18, 19
HERZUMA	18	<i>imipenem-cilastatin intravenous for</i>	
HIBERIX	67	<i>soln 250 mg</i>	5
HUMIRA.....	64	<i>imipenem-cilastatin intravenous for</i>	
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	64	<i>soln 500 mg</i>	5
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D.....	64	<i>imipramine hcl</i>	36
HUMIRA PEN	64	<i>imiquimod</i>	80
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START.....	64	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	67
HUMIRA PEN KIT PS/UV	64	INBRIJA.....	38
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S	65	<i>incassia</i>	51

INCRELEX	56	<i>jantoven</i>	63
INCRUSE ELLIPTA	74	JANUMET TAB 50-1000	46
<i>indapamide</i>	29	JANUMET TAB 50-500MG	46
INFANRIX INJ	67	JANUMET XR TAB 100-1000.....	46
INFLIXIMAB.....	65	JANUMET XR TAB 50-1000	46
INGREZZA	43	JANUMET XR TAB 50-500MG.....	46
INGREZZA CAP 40-80MG	43	JANUVIA.....	46
INLYTA	19	JARDIANCE	46
INQOVI TAB 35-100MG.....	15	<i>jasmiel</i>	51
INREBIC	19	<i>javygtor</i>	56
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO ...	48	JAYPIRCA.....	19
INSULIN SAFETY NEEDLES	48	JENTADUETO TAB 2.5-1000.....	46
INSULIN SYRINGES: BD.....	48	JENTADUETO TAB 2.5-500	46
INTELENCE	8	JENTADUETO TAB 2.5-850	46
INTRALIPID.....	71	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG ..	46
INTRON A	66	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	46
<i>introvale</i>	51	<i>jinteli</i>	55
INVEGA HAFYERA.....	39	<i>jolessa</i>	51
INVEGA SUSTENNA	39	<i>juleber</i>	51
INVEGA TRINZA.....	39	JULUCA TAB 50-25MG	9
IPOL INJ INACTIVE.....	68	<i>junel 1/20</i>	51
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-</i>		<i>junel 1.5/30</i>	51
<i>2.5(3) mg/3ml</i>	74	<i>junel fe 1/20</i>	51
<i>ipratropium bromide</i>	74	<i>junel fe 1.5/30</i>	51
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	74	K	
<i>irbesartan</i>	26	KADCYLA	19
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i>		KALYDECO.....	75, 76
<i>150-12.5 mg</i>	25	KANJINTI	19
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i>		<i>kariva</i>	52
<i>300-12.5 mg</i>	25	KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....	69
IRESSA.....	19	<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5%</i>	
<i>irinotecan hcl</i>	16	<i>& nacl 0.45% inj</i>	69
ISENTRESS	8	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &</i>	
ISENTRESS HD	8	<i>nacl 0.2% inj</i>	69
<i>isibloom</i>	51	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &</i>	
ISOLYTE-P INJ /D5W	69	<i>nacl 0.45% inj</i>	69
ISOLYTE-S INJ.....	69	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &</i>	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	69	<i>nacl 0.9% inj</i>	69
<i>isoniazid</i>	10	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	
<i>isosorbide dinitrate</i>	30	.....	69
<i>isosorbide mononitrate</i>	30	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	
<i>isotretinoin</i>	78	.....	69
<i>itraconazole</i>	7	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5%</i>	
<i>ivermectin</i>	5	<i>& nacl 0.45% inj</i>	69
IXIARO INJ.....	68	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &</i>	
J		<i>nacl 0.45% inj</i>	69
JAKAFI	19		

<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	69	<i>larin fe 1/20</i>	52
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	69	<i>larin fe 1.5/30</i>	52
<i>kelnor 1/35</i>	52	<i>latanoprost</i>	73
<i>kelnor 1/50</i>	52	LATUDA	39
KERENDIA.....	24	<i>leena</i>	52
KESIMPTA	44	<i>leflunomide</i>	66
<i>ketoconazole</i>	7	<i>lenalidomide</i>	16
<i>ketoconazole (topical)</i>	78, 79	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	19
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	72	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	19
KEVZARA	65	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	19
KEYTRUDA	19	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	19
KINRIX INJ.....	68	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	19
KISQALI 200 DOSE	19	LENVIMA CAP 14 MG	19
KISQALI 200 PAK FEMARA.....	16	LENVIMA CAP 18 MG	20
KISQALI 400 DOSE	19	LENVIMA CAP 24 MG	20
KISQALI 400 PAK FEMARA.....	16	<i>lessina</i>	52
KISQALI 600 DOSE	19	<i>letrozole</i>	16
KISQALI 600 PAK FEMARA.....	17	<i>leucovorin calcium</i>	22
<i>klor-con</i>	70	LEUKERAN	15
<i>klor-con 10</i>	70	<i>leuprolide acetate</i>	16
<i>klor-con 8</i>	70	<i>levabuterol hcl</i>	75
<i>klor-con m10</i>	70	<i>levabuterol tartrate</i>	75
<i>klor-con m15</i>	70	LEVEMIR.....	48
<i>klor-con m20</i>	70	LEVEMIR FLEXPEN.....	48
KORLYM.....	56	LEVEMIR FLEXTOUCH	48
KRAZATI.....	19	<i>levetiracetam</i>	33
<i>kurvelo</i>	52	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	33
L		<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	33
<i>labetalol hcl</i>	28	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	33
<i>lacosamide</i>	33	<i>levobunolol hcl</i>	73
<i>lacosamide oral</i>	33	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> ...	56
<i>lactated ringer's solution</i>	69	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	74
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	80	<i>levofloxacin</i>	12
<i>lactulose</i>	60	<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	12
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	60	<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	12
<i>lamivudine</i>	8	<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	12
<i>lamivudine (hbv)</i>	10	<i>levonest</i>	52
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	9	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	52
<i>lamotrigine</i>	33	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	52
<i>lansoprazole</i>	61		
LANTUS	48		
LANTUS SOLOSTAR	48		
<i>lapatinib ditosylate</i>	19		
<i>larin 1/20</i>	52		
<i>larin 1.5/30</i>	52		

<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i>	
0.1 mg-20 mcg	52
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-</i>	
30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	52
<i>levora 0.15/30-28</i>	52
<i>levo-t</i>	58
<i>levothyroxine sodium</i>	58
<i>levoxyl</i>	58
LEXIVA	8
<i>lidocaine</i>	80
<i>lidocaine hcl</i>	80
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	4
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	81
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	80
<i>linezolid</i>	5
LINEZOLID INJ 2MG/ML	5
LINZESS	60
<i>liothyronine sodium</i>	58
<i>lisinopril</i>	24
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-</i>	
12.5 mg	23
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i>	
12.5 mg	23
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i>	
25 mg	23
LITHIUM	43
<i>lithium carbonate</i>	43
<i>loestrin 1/20-21</i>	52
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	52
<i>loestrin fe 1/20</i>	52
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	52
LOKELMA	50
LONSURF TAB 15-6.14	15
LONSURF TAB 20-8.19	15
<i>loperamide hcl</i>	60
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100</i>	
mg/5ml (80-20 mg/ml)	9
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	9
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	9
<i>lorazepam</i>	31
<i>lorazepam intensol</i>	31
LORBRENA	20
<i>loryna</i>	52
<i>losartan potassium</i>	26
<i>losartan potassium &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	
.....	25
<i>losartan potassium &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	
.....	25
LOTEMAX	72
<i>lovastatin</i>	27
<i>low-ogestrel</i>	52
<i>loxapine succinate</i>	40
LUMAKRAS	20
LUMIGAN	73
LUMIZYME	56
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	16
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	16
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH	56
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH	57
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH	57
<i>lurasidone hcl</i>	40
<i>lutea</i>	52
<i>lyleq</i>	52
<i>lyllana</i>	55
LYNPARZA	20
LYSODREN	16
LYTGOBI	20
<i>lyza</i>	52
M	
<i>magnesium sulfate</i>	69
MAGNESIUM SULFATE	69
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv</i>	
<i>soln 1 gm/100ml</i>	69
<i>malathion</i>	81
<i>maraviroc</i>	8
<i>marlissa</i>	52
MARPLAN	36
MATULANE	17
MAVYRET PAK 50-20MG	10
MAVYRET TAB 100-40MG	10
<i>meclizine hcl</i>	59
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	57
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	
<i>(contraceptive)</i>	52
<i>mefloquine hcl</i>	7
<i>megestrol acetate</i>	16, 57
<i>megestrol acetate (appetite)</i>	57
MEKINIST	20
MEKTOVI	20
<i>meloxicam</i>	2

<i>memantine hcl</i>	35	<i>minocycline hcl</i>	14
MENACTRA INJ	68	<i>minoxidil</i>	30
MENQUADFI INJ.....	68	<i>mirtazapine</i>	36
MENVEO INJ	68	<i>misoprostol</i>	60
MENVEO SOL.....	68	MITIGARE	2
<i>mercaptopurine</i>	15	M-M-R II INJ	68
<i>meropenem</i>	5	M-NATAL PLUS TAB	70
<i>mesalamine</i>	60	<i>moexipril hcl</i>	24
<i>mesalamine w/ cleanser</i>	60	<i>molindone hcl</i>	40
MESNEX.....	22	<i>mometasone furoate</i>	80
<i>metadate er</i>	42	MONJUVI	20
<i>metformin hcl</i>	46, 47	<i>mono-lynyah</i>	52
<i>methadone hcl</i>	3	<i>montelukast sodium</i>	75
<i>methadone hydrochloride i</i>	3	<i>morphine sulfate</i>	3, 4
<i>methazolamide</i>	29	MORPHINE SULFATE.....	3
<i>methenamine hippurate</i>	5	MORPHINE SULFATE/SODIUM C.....	4
<i>methimazole</i>	58	MOVANTIK	60
<i>methotrexate sodium</i>	15, 66	<i>moxifloxacin hcl</i>	12
<i>methsuximide</i>	33	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	71
<i>methylphenidate hcl</i>	42	MULTAQ.....	26
<i>methylprednisolone</i>	55	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	69
<i>methylprednisolone acetate</i>	55	<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	69
<i>methylprednisolone sod succ</i>	55	<i>mupirocin</i>	78
<i>metoclopramide hcl</i>	59	MVASI	20
<i>metolazone</i>	29	<i>mycophenolate mofetil</i>	67
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-25 mg	28	<i>mycophenolate sodium</i>	67
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-50 mg	28	MYRBETRIQ.....	62
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 50-25 mg	27	N	
<i>metoprolol succinate</i>	28	<i>nabumetone</i>	2
<i>metoprolol tartrate</i>	28	<i>nadolol</i>	28
<i>metronidazole</i>	5	<i>nafcillin sodium</i>	13
<i>metronidazole (topical)</i>	81	NAGLAZYME	57
<i>metronidazole vaginal</i>	62	<i>nalbuphine hcl</i>	4
<i>metyrosine</i>	30	<i>naloxone hcl</i>	45
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML.....	69	<i>naltrexone hcl</i>	45
<i>micafungin sodium</i>	7	NAMZARIC CAP 14-10MG	35
<i>microgestin 1/20</i>	52	NAMZARIC CAP 21-10MG	35
<i>microgestin 1.5/30</i>	52	NAMZARIC CAP 28-10MG	35
<i>microgestin fe 1/20</i>	52	NAMZARIC CAP 7-10MG.....	35
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	52	NAMZARIC CAP PACK	35
<i>midodrine hcl</i>	30	<i>naproxen</i>	2
<i>miglustat</i>	57	<i>naproxen sodium</i>	2
<i>mili</i>	52	<i>naratriptan hcl</i>	43
<i>mimvey</i>	55	NATACYN	71
		<i>nateglinide</i>	47
		NATPARA	49
		NAYZILAM.....	33

<i>nebivolol hcl</i>	28	<i>norethindrone acetate</i>	58
<i>necon 0.5/35-28</i>	52	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	55
<i>nefazodone hcl</i>	36	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	55
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i> 72		<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	53
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i> ..72		<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	53
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	71	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	53
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	71	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	53
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i> ..71		<i>norlyroc</i>	53
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i> 73		NORPACE CR	26
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	73	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	53
<i>neomycin sulfate</i>	5	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	53
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	72	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	53
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	71	<i>nortrel 7/7/7</i>	53
NERLYNX	20	<i>nortriptyline hcl</i>	37
NEUPRO.....	38	NORVIR.....	8
<i>nevirapine</i>	8	NOVOLIN INJ 70/30	48
NEXAVAR	20	NOVOLIN INJ 70/30 FP	48
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	27	NOVOLIN N	48
<i>nicardipine hcl</i>	29	NOVOLIN N FLEXPEN	48
NICOTROL INHALER	45	NOVOLIN R	48
NICOTROL NS.....	45	NOVOLIN R FLEXPEN	48
<i>nifedipine</i>	29	NOVOLOG	48
<i>nikki</i>	52	NOVOLOG FLEXPEN.....	48
<i>nilutamide</i>	16	NOVOLOG MIX INJ 70/30	48
<i>nimodipine</i>	29	NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	48
NINLARO	20	NOVOLOG PENFILL.....	48
<i>nitazoxanide</i>	5	NOXAFIL.....	7
<i>nitisinone</i>	57	NUBEQA	16
NITRO-BID.....	30	NUDEXTA CAP 20-10MG	44
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	5	NULOJIX	67
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	6	NUPLAZID	40
<i>nitroglycerin</i>	30	NURTEC.....	43
<i>nizatidine</i>	59	NUTRILIPID.....	71
<i>nora-be</i>	53	NUZYRA.....	14
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	53	<i>nyamyc</i>	78
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	53	<i>nylia 1/35</i>	53
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	53	<i>nylia 7/7/7</i>	53
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	53	NYMALIZE	29
		<i>nymyo</i>	53
		<i>nystatin</i>	7
		<i>nystatin (mouth-throat)</i>	81

<i>nystatin (topical)</i>	78	OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	49
<i>nystop</i>	78	OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	49
o		OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	49
<i>ocella</i>	53	OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	49
OCTAGAM	66	OMNIPOD MIS CLASSIC	49
<i>octreotide acetate</i>	57	OMNIPOD PDM KIT CLASSIC.....	49
ODEFSEY TAB.....	9	<i>ondansetron</i>	59
ODOMZO	20	<i>ondansetron hcl</i>	59
OFEV	76	ONTRUZANT	20
<i>ofloxacin (ophth)</i>	72	ONUREG	15
<i>ofloxacin (otic)</i>	73	OPSUMIT	30
OGIVRI.....	20	ORGOVYX	16
OGIVRI INJ 420MG.....	20	ORKAMBI GRA 100-125	76
<i>olanzapine</i>	40	ORKAMBI GRA 150-188	76
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5</i> <i>mg</i>	25	ORKAMBI GRA 75-94MG	76
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5</i> <i>mg</i>	25	ORKAMBI TAB 100-125	76
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	25	ORKAMBI TAB 200-125.....	76
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5</i> <i>mg</i>	25	ORSERDU	16
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	25	<i>oseltamivir phosphate</i>	10, 11
<i>olmesartan medoxomil</i>	26	OTEZLA	65
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	25	OTEZLA TAB 10/20/30.....	65
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	25	<i>oxacillin sodium</i>	13
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	25	<i>oxaliplatin</i>	15
<i>olopatadine hcl</i>	72	<i>oxcarbazepine</i>	33
<i>omeprazole</i>	61	<i>oxybutynin chloride</i>	62
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	48	<i>oxycodone hcl</i>	4
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	48	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i>	4
OMNIPOD DASH KIT INTRO	49	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-</i> <i>325 mg</i>	4
OMNIPOD DASH MIS PODS	49	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-</i> <i>325 mg</i>	4
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	49	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i>	4
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	49	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	47
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	49	OZEMPIC (1MG/DOSE)	47
		OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML	47
		P	
		<i>pacerone</i>	26
		<i>paclitaxel</i>	17
		<i>paclitaxel protein-bound particles for iv</i> <i>susp 100 mg</i>	17
		<i>paliperidone</i>	40
		<i>pamidronate disodium</i>	50
		PAMIDRONATE DISODIUM.....	49
		PANRETIN	81

<i>pantoprazole sodium</i>	61	<i>pioglitazone hcl</i>	47
PANZYGA	66	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj</i>	
<i>paraplatin</i>	15	3.375 gm (3-0.375 gm)	14
<i>paricalcitol</i>	58	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>	
<i>paromomycin sulfate</i>	6	13.5 gm (12-1.5 gm).....	14
<i>paroxetine hcl</i>	37	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>	
PEDIARIX INJ 0.5ML.....	68	2.25 gm (2-0.25 gm).....	14
PEDVAX HIB	68	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate</i>		4.5 gm (4-0.5 gm)	14
<i>for soln 236 gm</i>	60	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i>		40.5 gm (36-4.5 gm).....	14
420 gm	60	PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	20
PEGASYS	11	PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	20
PEMAZYRE	20	PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	20
<i>pemetrexed disodium</i>	15	<i>pirfenidone</i>	76
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML.....	13	<i>pirmella 1/35</i>	53
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML.....	13	<i>piroxicam</i>	2
<i>penicillamine</i>	50	PLASMA-LYTE INJ -148	69
<i>penicillin g potassium</i>	13	PLASMA-LYTE INJ -A.....	69
PENICILLIN G PROCAINE.....	13	<i>plenamine</i>	71
<i>penicillin g sodium</i>	14	PLENVU SOL.....	60
<i>penicillin v potassium</i>	14	<i>podofilox</i>	81
PENTACEL INJ	68	<i>polycin ophth oint</i>	72
<i>pentamidine isethionate inh</i>	6	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln</i>	
<i>pentamidine isethionate inj</i>	6	10000 unit/ml-0.1%	72
<i>pentoxifylline</i>	63	POMALYST	16
<i>perindopril erbumine</i>	24	<i>portia-28</i>	53
<i>periogard</i>	81	<i>posaconazole</i>	7
<i>permethrin</i>	81	<i>potassium chloride</i>	70
<i>perphenazine</i>	40	POTASSIUM CHLORIDE	70
PERSERIS	40	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%)</i>	
<i>pfizerpen</i>	14	<i>in dextrose 5% inj</i>	70
<i>phenelzine sulfate</i>	37	<i>potassium chloride microencapsulated</i>	
<i>phenobarbital</i>	33	<i>crystals er</i>	70
<i>phenobarbital sodium</i>	33	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	61
<i>phenytek</i>	33	POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ	
<i>phenytoin</i>	33	.....	70
<i>phenytoin sodium</i>	33	POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	
<i>phenytoin sodium extended</i>	33	.....	69
PHESGO SOL.....	20	POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	
<i>philith</i>	53	.....	70
PIFELTRO	8	PRADAXA.....	63
<i>pilocarpine hcl</i>	73	PRALUENT.....	27
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	81	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	38
<i>pimozide</i>	40	<i>prasugrel hcl</i>	64
<i>pimtrea</i>	53	<i>pravastatin sodium</i>	27
<i>pindolol</i>	28	<i>praziquantel</i>	6

<i>prazosin hcl</i>	24
<i>prednisolone</i>	55
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	72
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	72
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	55
<i>prednisone</i>	55
PREDNISON INTENSOL	55
<i>pregabalin</i>	33, 34
PREHEVBRIO	68
PREMASOL SOL 10%	71
PRENATAL TAB 27-1MG	70
PRENATAL TAB PLUS	70
<i>prevalite</i>	27
PREVYMIS	11
PREZCOBIX TAB 800-150.....	9
PREZISTA	8
PRIFTIN	10
<i>primaquine phosphate</i>	7
PRIMAQUINE PHOSPHATE	7
<i>primidone</i>	34
PRIORIX INJ	68
PRIVIGEN	66
<i>probenecid</i>	2
<i>prochlorperazine</i>	59
<i>prochlorperazine edisylate</i>	59
<i>prochlorperazine maleate</i>	59
PROCRIT.....	63
<i>procto-med hc</i>	81
<i>proctosol hc</i>	81
<i>proctozone-hc</i>	81
PROGRAF	67
PROLASTIN-C	76
PROLENSA	72
PROLIA	50
PROMACTA.....	63
<i>promethazine hcl</i>	59
<i>propafenone hcl</i>	26
<i>proparacaine hcl</i>	73
<i>propranolol hcl</i>	28
<i>propylthiouracil</i>	58
PROQUAD INJ.....	68
PROSOL INJ 20%	71
<i>protriptyline hcl</i>	37
PULMICORT FLEXHALER.....	77
PULMOZYME	76
PURIXAN.....	15
<i>pyrazinamide</i>	10

<i>pyridostigmine bromide</i>	44
Q	
QINLOCK	20
QUADRACEL INJ.....	68
QUADRACEL INJ 0.5ML	68
<i>quetiapine fumarate</i>	40
<i>quinapril hcl</i>	24
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	23
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	24
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	24
<i>quinidine sulfate</i>	26
<i>quinine sulfate</i>	7
R	
RABAVERT INJ.....	68
<i>raloxifene hcl</i>	57
<i>ramipril</i>	24
<i>ranolazine</i>	30
<i>rasagiline mesylate</i>	38
RAYALDEE.....	58
<i>reclipsen</i>	53
RECOMBIVAX HB	68
RECTIV	81
REGRANEX	81
RELENZA DISKHALER	11
RELISTOR	60
REMICADE	65
RENFLEXIS.....	65
<i>repaglinide</i>	47
RESTASIS	73
RESTASIS MULTIDOSE.....	73
RETEVMO.....	20
REVLIMID	16
REXULTI	40
REYATAZ	8
REZLIDHIA.....	20
REZUROCK.....	67
RHOPRESSA	73
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	11
<i>rifabutin</i>	10
<i>rifampin</i>	10
<i>riluzole</i>	44
<i>rimantadine hydrochloride</i>	11
RINVOQ.....	65
RISPERDAL CONSTA.....	40

<i>risperidone</i>	40	<i>sodium chloride</i>	70
<i>ritonavir</i>	8	<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	81
<i>rivastigmine</i>	35	<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f)</i>	
<i>rivastigmine tartrate</i>	35	<i>mg/ml soln</i>	70
<i>rizatriptan benzoate</i>	43	SODIUM OXYBATE.....	44
ROCKLATAN DRO	73	<i>sodium phenylbutyrate</i>	57
<i>roflumilast</i>	76	<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	
<i>ropinirole hydrochloride</i>	38	.....	50
<i>rosuvastatin calcium</i>	27	<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i>	
ROTARIX SUS.....	68	<i>17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	60
ROTATEQ SOL	68	<i>solifenacin succinate</i>	62
<i>roweepra</i>	34	SOLQUA INJ 100/33	49
ROZLYTREK.....	20	SOLTAMOX.....	16
RUBRACA.....	20	SOLU-CORTEF	56
<i>rufinamide</i>	34	SOMATULINE DEPOT	57
RUKOBIA	8	SOMAVERT.....	57
RYBELSUS.....	47	<i>sorafenib tosylate</i>	20
RYDAPT	20	<i>sorine</i>	26
S		<i>sotalol hcl</i>	26
<i>sajazir</i>	64	<i>sotalol hcl (afib/afI)</i>	26
SANDIMMUNE.....	67	<i>spironolactone</i>	24
SANTYL	81	<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>	
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	57	<i>tab 25-25 mg</i>	29
SCEMBLIX.....	20	<i>sprintec 28</i>	53
<i>scopolamine</i>	59	SPRITAM.....	34
SECUADO	41	SPRYCEL.....	21
<i>selegiline hcl</i>	38	<i>sps</i>	50
<i>selenium sulfide</i>	79	<i>sronyx</i>	53
SELZENTRY.....	8	<i>ssd</i>	78
SEREVENT DISKUS.....	75	STELARA.....	65
<i>sertraline hcl</i>	37	STIVARGA.....	21
<i>setlakin</i>	53	<i>streptomycin sulfate</i>	6
<i>sevelamer carbonate</i>	57	STRIBILD TAB	10
<i>sharobel</i>	53	<i>subvenite</i>	34
SHINGRIX.....	68	<i>sucrafate</i>	61
SIGNIFOR	57	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	78
<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>		<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	72
<i>hypertension)</i>	30	<i>sulfacetamide sodium-prednisolone</i>	
<i>silver sulfadiazine</i>	78	<i>ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	71
SIMBRINZA SUS 1-0.2%.....	73	<i>sulfadiazine</i>	6
<i>simliya</i>	53	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i>	
<i>simvastatin</i>	27	<i>400-80 mg/5ml</i>	6
<i>sirolimus</i>	67	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i>	
SIRTURO	10	<i>200-40 mg/5ml</i>	6
SIVEXTRO.....	6	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>	
SKYRIZI.....	65	<i>400-80 mg</i>	6
SKYRIZI PEN	65		

<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>	
800-160 mg	6
SULFAMYLN	78
<i>sulfasalazine</i>	60
<i>sulindac</i>	2
<i>sumatriptan</i>	43
<i>sumatriptan succinate</i>	43
<i>sunitinib malate</i>	21
SUNLENCA.....	8
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	60
<i>syeda</i>	53
SYMBICORT AER 160-4.5	78
SYMBICORT AER 80-4.5.....	77
SYMDEKO TAB 100-150	76
SYMDEKO TAB 50-75MG	76
SYMJEPI	76
SYMPAZAN.....	34
SYMTUZA TAB	10
SYNAREL	54
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	47
SYNJARDY TAB 12.5-500.....	47
SYNJARDY TAB 5-1000MG.....	47
SYNJARDY TAB 5-500MG.....	47
SYNJARDY XR TAB 10-1000.....	47
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG.....	47
SYNJARDY XR TAB 25-1000.....	47
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	47
SYNRIBO	17
SYNTHROID	58
T	
TABLOID.....	15
TABRECTA.....	21
<i>tacrolimus</i>	67
<i>tacrolimus (topical)</i>	81
TAFINLAR	21
TAGRISSO	21
TALTZ	65
TALZENNA	21
<i>tamoxifen citrate</i>	16
<i>tamsulosin hcl</i>	61
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	53
TASIGNA	21
<i>tasimelteon</i>	42
<i>tazarotene</i>	79
<i>tazicef</i>	12
TAZORAC.....	79
<i>taztia xt</i>	29
TAZVERIK	21
TDVAX INJ 2-2 LF	68
TECENTRIQ.....	21
TEFLARO.....	12
<i>telmisartan</i>	26
<i>temazepam</i>	42
TENIVAC INJ 5-2LF.....	68
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	8
TEPMETKO	21
<i>terazosin hcl</i>	24
<i>terbinafine hcl</i>	7
<i>terbutaline sulfate</i>	75
<i>terconazole vaginal</i>	62
TERIPARATIDE.....	50
<i>testosterone</i>	45
<i>testosterone cypionate</i>	45
<i>testosterone enanthate</i>	45
<i>tetrabenazine</i>	44
<i>tetracycline hcl</i>	14
THALOMID	16
THEO-24.....	76
<i>theophylline</i>	76
<i>thioridazine hcl</i>	41
<i>thiothixene</i>	41
<i>tiadylt er</i>	29
<i>tiagabine hcl</i>	34
TIBSOVO	21
TICOVAC.....	68
<i>tigecycline</i>	14
TIGECYCLINE	14
<i>tilia fe</i>	53
<i>timolol maleate</i>	28
<i>timolol maleate (ophth)</i>	73
TIVICAY	8
TIVICAY PD.....	8
<i>tizanidine hcl</i>	44
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	71
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05.....	71
<i>tobramycin</i>	6
<i>tobramycin (ophth)</i>	72
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp</i> 0.3-0.1%	71
<i>tobramycin sulfate</i>	6
<i>tolterodine tartrate</i>	62
<i>topiramate</i>	34
<i>toremifene citrate</i>	16
<i>toremide</i>	29

TOUJEO MAX SOLOSTAR	49	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	76
TOUJEO SOLOSTAR	49	.....	76
TPN ELECTROL INJ	70	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	76
TRADJENTA	47	.....	76
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325</i>		<i>tri-legest fe</i>	53
<i>mg</i>	4	<i>tri-linyah</i>	54
<i>tramadol hcl</i>	4	<i>tri-lo-estarylla</i>	54
<i>trandolapril</i>	24	<i>tri-lo-marzia</i>	54
<i>tranexamic acid</i>	64	<i>tri-lo-mili</i>	54
<i>tranylcpromine sulfate</i>	37	<i>tri-lo-sprintec</i>	54
TRAVASOL INJ 10%	71	<i>trimethoprim</i>	6
TRAZIMERA	21	<i>tri-mili</i>	54
<i>trazodone hcl</i>	37	<i>trimipramine maleate</i>	37
TRECATOR	10	TRINTELLIX	37
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25		<i>tri-nymyo</i>	54
MCG	74	<i>tri-sprintec</i>	54
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25		TRIUMEQ PD TAB	10
MCG	74	TRIUMEQ TAB	10
<i>treprostinil</i>	31	<i>trivora-28</i>	54
TRESIBA	49	<i>tri-vylibra</i>	54
TRESIBA FLEXTOUCH	49	<i>tri-vylibra lo</i>	54
<i>tretinoin</i>	78	TRIZIVIR TAB	10
<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	17	TROGARZO	8
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	81	TROPHAMINE INJ 10%	71
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	80	<i>trospium chloride</i>	62
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i>		TRULICITY	47
<i>37.5-25 mg</i>	29	TRUMENBA INJ	68
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i>		TRUSELTIQ 100MG DAILY DOSE	21
<i>37.5-25 mg</i>	29	TRUSELTIQ 125MG DAILY DOSE	21
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i>		TRUSELTIQ 50MG DAILY DOSE	21
<i>75-50 mg</i>	29	TRUSELTIQ 75MG DAILY DOSE	21
<i>trientine hcl</i>	50	TRUXIMA	21
<i>tri-estarylla</i>	53	TUKYSA	21
<i>trifluoperazine hcl</i>	41	TURALIO	21
<i>trifluridine</i>	72	TWINRIX INJ	68
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	38	TYBOST	8
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-		TYPHIM VI	68
1000MG	47	TYRVAYA	73
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-		U	
1000MG	47	<i>unithroid</i>	58
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-		<i>ursodiol</i>	61
1000MG	47	V	
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-		<i>valacyclovir hcl</i>	11
1000MG	47	VALCHLOR	81
TRIKAFTA PAK 59.5MG	76	<i>valganciclovir hcl</i>	11
TRIKAFTA PAK 75MG	76	<i>valproate sodium</i>	34
		<i>valproic acid</i>	34

<i>valsartan</i>	26	<i>vigabatrin</i>	34
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	25	<i>vigadrone</i>	34
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	25	VIIBRYD KIT STARTER	37
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	25	<i>vilazodone hcl</i>	37
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	26	VIMPAT	34
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	25	<i>vincristine sulfate</i>	17
VALTOCO 10 MG DOSE	34	<i>vinorelbine tartrate</i>	17
VALTOCO 15 MG DOSE	34	<i>viorele</i>	54
VALTOCO 20 MG DOSE	34	VIRACEPT	9
VALTOCO 5 MG DOSE	34	VIREAD	9
<i>vancomycin hcl</i>	6	VITRAKVI	22
VANCOMYCIN INJ 1 GM	6	VIVITROL	45
VANCOMYCIN INJ 500MG	6	VIZIMPRO	22
VANCOMYCIN INJ 750MG	6	VONJO	22
VANFLYTA	21	<i>voriconazole</i>	7
VAQTA	68	VOSEVI TAB	11
<i>varenicline tartrate</i>	45	VOTRIENT	22
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	45	VRAYLAR	41
VARIVAX	68	VRAYLAR CAP 1.5-3MG	41
VASCEPA	27	<i>vyfemla</i>	54
<i>velivet</i>	54	<i>vylibra</i>	54
VELPHORO	57	VYZULTA	73
VELTASSA	50	W	
VEMLIDY	11	<i>warfarin sodium</i>	63
VENCLEXTA	21	<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	81
VENCLEXTA TAB START PK	21	WELIREG	17
<i>venlafaxine hcl</i>	37	<i>wera</i>	54
VENTAVIS	31	X	
VENTOLIN HFA	75	XALKORI	22
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	75	XARELTO	63
<i>verapamil hcl</i>	29	XARELTO STAR TAB 15/20MG	63
VERQUVO	30	XATMEP	66
VERSACLOZ	41	XCOPRI	35
VERZENIO	21	XCOPRI PAK 100-150	35
<i>vestura</i>	54	XCOPRI PAK 12.5-25	35
V-GO 20 KIT	49	XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	35
V-GO 30 KIT	49	XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	35
V-GO 40 KIT	49	XCOPRI PAK 50-100MG	35
VICTOZA	47	XELJANZ	65
<i>vienva</i>	54	XELJANZ XR	65
		XERMELO	61
		XGEVA	50
		XHANCE	77
		XIFAXAN	61

XIGDUO XR TAB 10-1000.....	47	<i>zenatane</i>	78
XIGDUO XR TAB 10-500MG.....	47	ZENPEP CAP 10000UNT.....	61
XIGDUO XR TAB 2.5-1000.....	47	ZENPEP CAP 15000UNT.....	61
XIGDUO XR TAB 5-1000MG.....	47	ZENPEP CAP 20000UNT.....	61
XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	47	ZENPEP CAP 25000UNT.....	61
XIIDRA.....	73	ZENPEP CAP 3000UNIT.....	61
XOLAIR.....	77	ZENPEP CAP 40000UNT.....	61
XOSPATA.....	22	ZENPEP CAP 5000UNIT.....	61
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY.....	22	ZERVIAE.....	72
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY.....	22	<i>zidovudine</i>	9
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY.....	22	ZIEXTENZO.....	63
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY.....	22	<i>ziprasidone hcl</i>	41
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY.....	22	<i>ziprasidone mesylate</i>	41
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY.....	22	ZIRABEV.....	22
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY.....	22	ZIRGAN.....	72
XTANDI.....	16	<i>zoledronic acid</i>	50
<i>xulane</i>	54	ZOLINZA.....	22
XULTOPHY INJ 100/3.6.....	49	<i>zolmitriptan</i>	43
XYREM.....	44	<i>zolpidem tartrate</i>	42
Y		ZONISADE.....	35
YF-VAX INJ.....	68	<i>zonisamide</i>	35
<i>yuvaferm</i>	55	<i>zovia 1/35</i>	54
Z		ZTALMY.....	35
<i>zafemy</i>	54	<i>zumandimine</i>	54
<i>zafirlukast</i>	75	ZYDELIG.....	22
ZARXIO.....	63	ZYKADIA.....	22
ZEJULA.....	22	ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	71
ZELBORAF.....	22	ZYPREXA RELPREVV.....	41
ZEMAIRA.....	77		

Este Formulario se actualizó el 15/11/2023. Para obtener información más actualizada o hacer otras consultas, comuníquese con nuestra línea de ayuda exclusiva para planes de medicamentos con receta de Medicare al 1-855-222-3183 (número gratuito) o al 711 para los usuarios de los servicios TTY/TDD. Hay representantes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede ingresar a [sharpmedicareadvantage.com](https://www.sharpmedicareadvantage.com).

Encarte en varios idiomas

Servicios de interpretación en varios idiomas

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-562-8853. Alguien que hable español lo podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-562-8853. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Chino mandarín: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-855-562-8853。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-855-562-8853。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-562-8853. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-562-8853. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-562-8853 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-562-8853. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-562-8853 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-562-8853. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-562-8853. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-562-8853 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-562-8853. Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-562-8853. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Francés criollo: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-562-8853. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-562-8853. Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-562 8853にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

SHARP Health Plan

Considérenos su asistente personal de atención de salud®

sharpmedicareadvantage.com

1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711)