

# SHARP Health Plan

---

Sharp Direct Advantage®

## Lista integral de medicamentos para 2025

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



Sharp Direct Advantage (HMO)

# Formulario para 2025 (Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de medicamentos”)

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

**Formulario para 2025 de la Parte D. Fecha de entrada en vigor: 01/05/2025**

**Identificación del formulario: 00025296**

Este Formulario se actualizó el 11/04/2025. 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](http://sharpmedicareadvantage.com).

**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 11/04/2025. Para obtener una Lista de medicamentos (Formulario) actualizada, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (Formulario), aparece en la primera y en la última página.

Por lo general, deberá ir a 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)?

En este documento, “Lista de medicamentos” y “Formulario” se refieren a lo mismo. Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados 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, se adquiera 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 podría cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos tiene lugar el 1.º de enero, pero podemos añadir o quitar medicamentos del Formulario, 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. Todos los meses, publicamos la versión más actualizada del Formulario en nuestro sitio web: [sharpmedicareadvantage.com/druglist](http://sharpmedicareadvantage.com/druglist).

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

- **Sustitución inmediata de determinadas nuevas versiones de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podríamos quitar inmediatamente del Formulario un medicamento de marca si lo reemplazamos por determinadas nuevas versiones de ese medicamento que estarán en el mismo nivel de costo compartido (o uno menor) y que tendrán las mismas restricciones, o menos. Cuando agregamos al Formulario una nueva versión de algún medicamento, podríamos decidir conservar el medicamento de marca o el producto biológico original, pero moverlo de inmediato a otro nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones.

Podemos aplicar estos cambios de inmediato únicamente si agregamos una nueva versión de un producto que ya estaba incluido en el Formulario, ya sea la versión genérica de un medicamento de marca o nuevas versiones biosimilares de algún producto biológico original. Por ejemplo: agregamos un producto biosimilar intercambiable que una farmacia pueda dispensar en lugar del producto biológico original sin necesidad de una nueva receta.

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 que cambiamos. Para obtener más información, consulte la sección de este documento titulada “¿Cómo pido una excepción al Formulario de Sharp Direct Advantage (HMO)?”.

Es posible que usted no esté familiarizado con algunos de estos tipos de medicamentos. Para obtener más información, consulte la sección de este documento titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación tienen con los productos biosimilares?”.

- **Medicamentos que se retiran del mercado.** Si algún fabricante de medicamentos retira su producto del mercado, o si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que el medicamento debe retirarse del mercado por motivos de seguridad o eficacia, podríamos retirarlo de inmediato del Formulario y notificar a los miembros que usan ese medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos realizar otros cambios que afecten a miembros que actualmente estén tomando un medicamento determinado. Por ejemplo, podríamos retirar del Formulario

algún medicamento de marca cuando agregamos un equivalente genérico, o podríamos eliminar un producto biológico original cuando agregamos uno biosimilar. Además, podríamos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o producto biológico original, o podríamos cambiarlo a otro nivel de costo compartido, o hacer ambas cosas. Podríamos 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 si 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 bien, cuando el miembro pida renovar su pedido del medicamento, podría recibir un suministro del medicamento para 30 días junto con la notificación del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o la persona autorizada para recetar pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriéndole el medicamento que ha estado tomando. 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 2025 que estaba cubierto a principios de año, no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025, 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 el Formulario para el nuevo año de beneficios.

El Formulario adjunto entra en vigor el 11/04/2025. 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](http://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 debajo del nombre de la categoría de su medicamento.

- **Por orden alfabético**

Si no está seguro de la categoría, busque su medicamento en el índice que comienza en la página 86. 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. En la página que figura en el índice, encontrará 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. La mayoría de las veces, los medicamentos genéricos son igual de efectivos que los de marca, y menos costosos. Existen medicamentos genéricos que sustituyen a muchos medicamentos de marca. Los medicamentos de marca, por lo general, se pueden sustituir por genéricos en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (depende de lo establecido en las leyes del estado).

## ¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación tienen con los productos biosimilares?

En el Formulario, “medicamentos” hace referencia tanto a medicamentos como a productos biológicos. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Por eso, en lugar de tener una versión genérica, tienen una versión alternativa que se la llama “producto biosimilar”. La mayoría de las veces, los productos biosimilares son tan efectivos como el producto biológico original, y menos costosos. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos productos biosimilares son intercambiables. Eso significa que, según las leyes del estado, pueden dispensarse en la farmacia en lugar del producto biológico original sin necesidad de una nueva receta, igual que sucede con los medicamentos de marca, que pueden reemplazarse por su versión genérica.

- En la *Evidencia de cobertura*, encontrará una explicación de los tipos de medicamentos. Consulte el capítulo 5, sección 3.1, “La Lista de medicamentos indica cuáles son los medicamentos de la Parte D que están cubiertos”.

## ¿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 la persona autorizada para recetar tendrán que obtener una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que nosotros debemos aprobarlo antes de que usted pueda adquirirlo. Si no obtiene la autorización, podríamos no cubrir 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 v 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 no apliquemos alguna restricción a la cobertura de su medicamento, como el requisito de autorización previa, terapia escalonada o límite de cantidad. Por ejemplo, la cobertura del plan tiene un límite de cantidad para ciertos medicamentos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.
- 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.

En general, solo aprobaremos la excepción cuando los medicamentos alternativos en el Formulario del plan, es decir, los medicamentos con menor costo compartido, no resulten tan eficaces para tratar su afección o le provoquen efectos secundarios adversos, o cuando aplicar la restricción tuviera dichas consecuencias.

Usted o la persona autorizada para recetar deben contactarnos para pedir una excepción al Formulario, o una excepción a alguna restricción de la cobertura. **Cuando usted solicita una excepción, la persona autorizada para recetar deberá explicar el motivo médico por el cual se necesita la excepción.** 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 decisión acelerada (rápida) si usted considera (y nosotros coincidimos) que la espera de 72 horas puede poner en grave riesgo su salud. Si estamos de acuerdo, o si la persona autorizada para recetar pide una decisión rápida, debemos tomar una decisión en un plazo de 24 horas como máximo desde que recibimos la declaración de respaldo de la persona autorizada para recetar.

## ¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el Formulario o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o regular de nuestro plan, es posible que usted esté tomando medicamentos que no están en nuestro Formulario. O, tal vez, esté tomando algún medicamento incluido en nuestro Formulario pero que tiene alguna restricción para la cobertura, por ejemplo, el requisito de autorización previa. Hable con la persona que le emite las recetas sobre la posibilidad de solicitar una decisión respecto de la cobertura para demostrar que usted cumple con los criterios para que le aprobemos el medicamento, para cambiárselo por otro que cubramos o para solicitar una excepción al Formulario con el propósito de que le cubramos el medicamento. 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 tenga alguna restricción para la cobertura, cubriremos un suministro temporario para 30 días. Si su receta indica menos días, le permitiremos renovar su pedido del medicamento hasta alcanzar un suministro para un máximo de 30 días. Si no se aprueba la cobertura, después 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 hay un cambio en su 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 consultar <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 86.

- 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:

- **La etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentre.** 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, puede incluir algunos medicamentos de marca.
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Medicamentos genéricos, puede incluir algunos medicamentos de marca.
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos 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
<b>NDS</b>	Sin extensión en días de suministro	El suministro de este medicamento se limita a 30 días.
<b>NM</b>	Sin encargo por correo	El medicamento no está disponible a través de encargos por correo.
<b>PA</b>	Restricción de autorización previa	Usted (o su proveedor) debe solicitarnos una autorización previa antes de adquirir este medicamento. Sin una aprobación previa, es posible que no cubramos el medicamento.
<b>PA NSO</b>	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 adquirir el medicamento. Sin una aprobación previa, es posible que no cubramos el medicamento.
<b>B/D</b>	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 según las circunstancias. Es posible que deba presentar información describiendo el uso y contexto del medicamento para tomar la determinación.
<b>QL</b>	Restricciones de límites de cantidad	Limitamos la cantidad del medicamento que se cubre por receta, o dentro de un plazo determinado.
<b>ST</b>	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.

## **Tabla de Contenido**

<b>ANALGESICS .....</b>	<b>2</b>
<b>ANTI-INFECTIVES .....</b>	<b>4</b>
<b>ANTINEOPLASTIC AGENTS .....</b>	<b>13</b>
<b>CARDIOVASCULAR .....</b>	<b>25</b>
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM.....</b>	<b>33</b>
<b>ENDOCRINE AND METABOLIC .....</b>	<b>49</b>
<b>GASTROINTESTINAL .....</b>	<b>61</b>
<b>GENITOURINARY .....</b>	<b>64</b>
<b>HEMATOLOGIC .....</b>	<b>65</b>
<b>IMMUNOLOGIC AGENTS .....</b>	<b>67</b>
<b>NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS.....</b>	<b>72</b>
<b>OPHTHALMIC .....</b>	<b>74</b>
<b>OTIC .....</b>	<b>76</b>
<b>RESPIRATORY .....</b>	<b>76</b>
<b>TOPICAL.....</b>	<b>81</b>
<b>Index .....</b>	<b>86</b>

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>ANALGESICS</b>		
<b>GOUT</b>		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	Tier 1	
<i>colchicine</i> CAPS .6mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)
<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	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	Tier 2	B/D
<b>NSAIDS</b>		
<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>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 dr</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	
<b>OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING</b>		
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr, 87.5mcg/hr, 100mcg/hr	Tier 2	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 100mg, 120mg	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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>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)
<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)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 100mg/5ml	Tier 2	QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> TABS 15mg, 30mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>nalbuphine hcl</i> SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	Tier 4	
<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</i> 2.5-325 mg	Tier 2	QL (360 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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 TABS 50mg</i>	Tier 2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	Tier 2	QL (240 tabs / 30 days)

## **ANTI-INFECTIVES**

### **ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS**

<i>albendazole TABS 200mg</i>	Tier 5	NDS, QL (672 tabs / year), PA
<i>amikacin sulfate SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	Tier 2	
ARIKAYCE SUSP 590mg/8.4ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>atovaquone SUSP 750mg/5ml</i>	Tier 2	QL (300 mL / 30 days), PA
<i>aztreonam SOLR 1gm, 2gm</i>	Tier 2	
CAYSTON SOLR 75mg	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>clindamycin hcl CAPS 75mg, 150mg, 300mg</i>	Tier 1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride SOLR 75mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate SOLN 900mg/6ml</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	Tier 2	
<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	

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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	
IMPAVIDO CAPS 50mg	Tier 5	NDS, PA
<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 4	
<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	
<i>nitrofurantoin monohyd macro CAPS 100mg</i>	Tier 3	
<i>pentamidine isethionate inh SOLR 300mg</i>	Tier 2	B/D
<i>pentamidine isethionate inj SOLR 300mg</i>	Tier 2	
<i>polymyxin b sulfate SOLR 500000unit</i>	Tier 2	
<i>praziquantel TABS 600mg</i>	Tier 2	
<i>pyrimethamine TABS 25mg</i>	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>streptomycin sulfate SOLR 1gm</i>	Tier 5	NDS
<i>sulfadiazine TABS 500mg</i>	Tier 5	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	Tier 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	Tier 1	
<i>tinidazole TABS 250mg, 500mg</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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
TOBI PODHALER CAPS 28mg	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	Tier 5	NDS, NM, 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, 1.25gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	Tier 2	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	Tier 4	
VANCOMYCIN INJ 500MG	Tier 4	
VANCOMYCIN INJ 750MG	Tier 4	
<b>ANTIFUNGALS</b>		
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 200 mg/100ml</i>	Tier 2	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	Tier 2	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	Tier 5	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	Tier 2	
<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 2	
<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 (30 tabs / 30 days), PA; PA applies after a 90 day supply in a calendar year
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg	Tier 2	PA
<i>voriconazole</i> SUSR 40mg/ml	Tier 5	NDS, QL (600 mL / 28 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	Tier 2	QL (480 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<b>ANTIMALARIALS</b>		
<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
<b>ANTIRETROVIRAL AGENTS</b>		
<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml; TABS 300mg	Tier 2	NM
APTIVUS CAPS 250mg	Tier 5	NDS, NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	Tier 2	NM
<i>darunavir</i> TABS 600mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>darunavir</i> TABS 800mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
EDURANT TABS 25mg	Tier 5	NDS, NM
<i>efavirenz</i> TABS 600mg	Tier 2	NM
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	Tier 2	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	Tier 4	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	Tier 5	NDS, NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	Tier 5	NDS, NM
FUZEON SOLR 90mg	Tier 5	NDS, NM
INTELENCE TABS 25mg	Tier 4	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	Tier 4	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	Tier 5	NDS, NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	Tier 5	NDS, NM
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	Tier 2	NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	Tier 5	NDS, NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	Tier 2	NM
NORVIR PACK 100mg	Tier 4	NM
PIFELTRO TABS 100mg	Tier 5	NDS, NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml	Tier 5	NDS, QL (400 mL / 30 days), NM

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
PREZISTA TABS 75mg	Tier 4	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	Tier 5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	Tier 5	NDS, NM
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	Tier 2	NM
RUKOBIA TB12 600mg	Tier 5	NDS, NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml	Tier 5	NDS, NM
SUNLENCA TBPK 300mg	Tier 5	NDS, NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	Tier 2	NM
TIVICAY TABS 10mg	Tier 3	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	Tier 5	NDS, NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	Tier 5	NDS, NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	Tier 5	NDS, NM
TYBOST TABS 150mg	Tier 3	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	Tier 5	NDS, NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	Tier 5	NDS, NM
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	Tier 2	NM

#### **ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS**

<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	Tier 2	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	Tier 5	NDS, NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	Tier 5	NDS, NM
CIMDUO TAB 300-300	Tier 5	NDS, NM
COMPLERA TAB	Tier 5	NDS, NM
DELSTRIGO TAB	Tier 5	NDS, NM
DESCOVY TAB 120-15MG	Tier 5	NDS, NM
DESCOVY TAB 200/25MG	Tier 5	NDS, NM
DOVATO TAB 50-300MG	Tier 5	NDS, NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	Tier 5	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	Tier 5	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	Tier 5	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	Tier 5	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	Tier 5	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	Tier 5	NDS, NM

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	Tier 2	NM
EVOTAZ TAB 300-150	Tier 5	NDS, NM
GENVOYA TAB	Tier 5	NDS, NM
JULUCA TAB 50-25MG	Tier 5	NDS, NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	Tier 2	NM
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	Tier 2	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	Tier 2	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	Tier 2	NM
ODEFSEY TAB	Tier 5	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 800-150	Tier 5	NDS, NM
STRIBILD TAB	Tier 5	NDS, NM
SYMTUZA TAB	Tier 5	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	Tier 3	NM
TRIUMEQ TAB	Tier 5	NDS, NM
<b>ANTITUBERCULAR AGENTS</b>		
<i>cycloserine CAPS 250mg</i>	Tier 5	NDS
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	Tier 2	
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>isoniazid TABS 100mg, 300mg</i>	Tier 1	
PRIFTIN TABS 150mg	Tier 4	
<i>pyrazinamide TABS 500mg</i>	Tier 2	
<i>rifabutin CAPS 150mg</i>	Tier 2	
<i>rifampin CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg</i>	Tier 2	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	Tier 5	NDS, NM, PA
TRECTOR TABS 250mg	Tier 4	
<b>ANTIVIRALS</b>		
<i>acyclovir CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg</i>	Tier 1	
<i>acyclovir SUSP 200mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>acyclovir sodium SOLN 50mg/ml</i>	Tier 2	B/D
<i>adefovir dipivoxil TABS 10mg</i>	Tier 2	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	Tier 5	NDS, NM, ST
<i>entecavir TABS .5mg, 1mg</i>	Tier 2	NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	Tier 5	NDS, NM, PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	Tier 5	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	Tier 5	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 400-100	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg</i>	Tier 2	
<i>ganciclovir sodium SOLR 500mg</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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
HARVONI PAK 33.75-150MG	Tier 5	NDS, NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	Tier 5	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 45-200MG	Tier 5	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	Tier 2	NM
LIVTENCITY TABS 200mg	Tier 5	NDS, QL (336 tabs / 28 days), NM, PA
MAVYRET PAK 50-20MG	Tier 5	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	Tier 2	QL (168 caps / year)
<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)
PAXLOVID TAB 150-100	Tier 2	QL (40 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 300-100	Tier 2	QL (60 tabs / 90 days)
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	Tier 5	NDS, NM, 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	NM
<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	
VOSEVI TAB	Tier 5	NDS, NM, PA
<b>CEPHALOSPORINS</b>		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	Tier 2	
<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, 3gm, 10gm, 500mg	Tier 2	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	Tier 4	
CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%	Tier 4	
CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%	Tier 4	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-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	

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>cefotetan disodium</i> SOLR 1gm, 2gm	Tier 2	
<i>cefoxitin 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	
<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
<b>ERYTHROMYCINS/MACROLIDES</b>		
<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>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	
<b>FLUOROQUINOLONES</b>		
<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 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	

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>moxifloxacin hcl TABS 400mg</i>	Tier 2	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	Tier 2	
<b>PENICILLINS</b>		
<i>amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin CHEW 125mg, 250mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 250-125 mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 500-125 mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 875-125 mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	Tier 2	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	Tier 1	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	Tier 2	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	Tier 2	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	Tier 2	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	Tier 2	
<i>ampicillin &amp; 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>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	Tier 2	
<i>penicillin g sodium SOLR 5000000unit</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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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	
<b>TETRACYCLINES</b>		
<i>doxy 100</i> SOLR 100mg	Tier 2	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; 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	Tier 5	NDS, NM
NUZYRA TABS 150mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 14 days), NM
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	Tier 5	NDS
<b>ANTINEOPLASTIC AGENTS</b>		
<b>ALKYLATING AGENTS</b>		
BENDAMUSTINE HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml	Tier 5	NDS, B/D, NM
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	Tier 5	NDS, B/D, NM
<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; SOLR 1gm, 500mg	Tier 2	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	Tier 5	NDS, B/D, NM

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

13

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml	Tier 5	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 2gm	Tier 5	NDS, B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	Tier 4	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	Tier 5	NDS, B/D
FRINDOVYX SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	Tier 5	NDS, B/D, NM
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	Tier 4	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	Tier 5	NDS, NM
LEUKERAN TABS 2mg	Tier 5	NDS
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	Tier 2	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 100mg	Tier 5	NDS, B/D
<b>ANTIMETABOLITES</b>		
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	Tier 5	NDS, B/D, NM
<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, QL (5 tabs / 28 days), NM, PA NSO
LONSURF TAB 15-6.14	Tier 5	NDS, QL (100 tabs / 28 days), NM, PA NSO
LONSURF TAB 20-8.19	Tier 5	NDS, QL (80 tabs / 28 days), NM, PA NSO
<i>mercaptopurine</i> SUSP 2000mg/100ml	Tier 5	NDS, NM
<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, QL (14 tabs / 28 days), NM, PA NSO
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	Tier 5	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	Tier 5	NDS, NM
TABLOID TABS 40mg	Tier 5	NDS
<b>HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS</b>		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>abiraterone acetate</i> TABS 500mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LÍMITES</b>
AKEEGA TAB 50/500MG	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
AKEEGA TAB 100/500	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, 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	NM, PA NSO
ERLEADA TABS 60mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ERLEADA TABS 240mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
EULEXIN CAPS 125mg	Tier 5	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	Tier 2	
FIRMAGON SOLR 80mg	Tier 4	NM, PA NSO
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
<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	NM, PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
LYSODREN TABS 500mg	Tier 5	NDS, NM
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	Tier 3	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	Tier 5	NDS
NUBEQA TABS 300mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ORGOVYX TABS 120mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
ORSERDU TABS 86mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ORSERDU TABS 345mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, 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 2	PA NSO
XTANDI CAPS 40mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
XTANDI TABS 40mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
XTANDI TABS 80mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<b>IMMUNOMODULATORS</b>		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	Tier 5	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, 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 . NDS - Suministro de días no extendidos



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA NSO
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA NSO
THALOMID CAPS 50mg	Tier 5	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA NSO
THALOMID CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA NSO
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	Tier 5	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA NSO

### **MISCELLANEOUS**

BESREMI SOSY 500mcg/ml	Tier 5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA NSO
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	Tier 5	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA NSO
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	Tier 2	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> SUSP 2mg/ml	Tier 5	NDS, B/D
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	Tier 2	
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	Tier 2	B/D
IWILFIN TABS 192mg	Tier 5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA NSO
MATULANE CAPS 50mg	Tier 5	NDS, NM
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	Tier 5	NDS
WELIREG TABS 40mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, 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
DOCIVYX SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	Tier 5	NDS, B/D, NM
<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 inj</i> 100mg	Tier 5	NDS, B/D, NM
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	Tier 2	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>MOLECULAR TARGET AGENTS</b>		
ALECENSA CAPS 150mg	Tier 5	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA NSO
ALUNBRIG TABS 30mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ALUNBRIG PAK	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
AUGTYRO CAPS 40mg	Tier 5	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA NSO
AUGTYRO CAPS 160mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA NSO
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
BALVERSA TABS 3mg	Tier 5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA NSO
BALVERSA TABS 4mg	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA NSO
BALVERSA TABS 5mg	Tier 5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA NSO
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg	Tier 4	NM, PA NSO
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
BOSULIF CAPS 50mg	Tier 5	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA NSO
BOSULIF CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (150 caps / 25 days), NM, PA NSO
BOSULIF TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
BOSULIF TABS 400mg, 500mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
BRAFTOVI CAPS 75mg	Tier 5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA NSO
BRUKINSA CAPS 80mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
CALQUENCE CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA NSO
CALQUENCE TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
CAPRELSA TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

17

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
CAPRELSA TABS 300mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	Tier 5	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA NSO
COMETRIQ KIT 100MG	Tier 5	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA NSO
COMETRIQ KIT 140MG	Tier 5	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA NSO
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	Tier 5	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA NSO
COTELLIC TABS 20mg	Tier 5	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA NSO
DANZITEN TABS 71mg, 95mg	Tier 5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA NSO
<i>dasatinib</i> TABS 20mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>dasatinib</i> TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
DAURISMO TABS 25mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
DAURISMO TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ERIVEDGE CAPS 150mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA NSO
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>everolimus</i> TBSO 2mg	Tier 5	NDS, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>everolimus</i> TBSO 5mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA NSO
FRUZAQLA CAPS 1mg	Tier 5	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA NSO
FRUZAQLA CAPS 5mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA NSO
GAVRETO CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

18

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>gefitinib</i> TABS 250mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
HERCEPTIN SOLR 150mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA NSO
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	Tier 5	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA NSO
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
IMBRUVICA CAPS 70mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA NSO
IMBRUVICA CAPS 140mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	Tier 5	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, PA NSO
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
IMKELDI SOLN 80mg/ml	Tier 5	NDS, QL (280 mL / 28 days), NM, PA NSO
INLYTA TABS 1mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
INLYTA TABS 5mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
INREBIC CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
ITOVEBI TABS 3mg	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA NSO
ITOVEBI TABS 9mg	Tier 5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA NSO
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
JAYPIRCA TABS 50mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
JAYPIRCA TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	Tier 5	NDS, B/D, NM
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	Tier 5	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KISQALI 200 PAK FEMARA	Tier 5	NDS, QL (49 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	Tier 5	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KISQALI 400 PAK FEMARA	Tier 5	NDS, QL (70 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	Tier 5	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KISQALI 600 PAK FEMARA	Tier 5	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KOSELUGO CAPS 10mg	Tier 5	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA NSO
KOSELUGO CAPS 25mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
KRAZATI TABS 200mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
LAZCLUZE TABS 80mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
LAZCLUZE TABS 240mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA NSO
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA NSO
LENVIMA CAP 14 MG	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA NSO
LENVIMA CAP 18 MG	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

20

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
LENVIMA CAP 24 MG	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA NSO
LORBRENA TABS 25mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
LORBRENA TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
LUMAKRAS TABS 120mg	Tier 5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA NSO
LUMAKRAS TABS 240mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
LUMAKRAS TABS 320mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	Tier 5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA NSO
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	Tier 5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA NSO
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	Tier 5	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, PA NSO
MEKINIST SOLR .05mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1260 mL / 30 days), NM, PA NSO
MEKINIST TABS 2mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
MEKINIST TABS .5mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
MEKTOVI TABS 15mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
MONJUVI SOLR 200mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
NERLYNX TABS 40mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	Tier 5	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA NSO
ODOMZO CAPS 200mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA NSO
OGIVRI SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
OGSIVEO TABS 50mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA NSO
OJEMDA SUSR 25mg/ml	Tier 5	NDS, QL (96 mL / 28 days), NM, PA NSO
OJEMDA TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

21

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
<i>pazopanib hcl</i> TABS 200mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	Tier 5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA NSO
PHESGO SOL	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	Tier 5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA NSO
PIQRAY 250MG TAB DOSE	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA NSO
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA NSO
QINLOCK TABS 50mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
RETEVMO CAPS 40mg	Tier 5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA NSO
RETEVMO CAPS 80mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
RETEVMO TABS 40mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
RETEVMO TABS 80mg, 120mg, 160mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
REVUFORJ TABS 110mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
REVUFORJ TABS 160mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
REZLIDHIA CAPS 150mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA NSO
ROZLYTREK CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA NSO
ROZLYTREK CAPS 200mg	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA NSO
ROZLYTREK PACK 50mg	Tier 5	NDS, QL (336 packets / 28 days), NM, PA NSO
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
RYDAPT CAPS 25mg	Tier 5	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA NSO
SCSEMBLIX TABS 20mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
SCSEMBLIX TABS 40mg	Tier 5	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

22

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
SCSEMBLIX TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
STIVARGA TABS 40mg	Tier 5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA NSO
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA NSO
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	Tier 5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA NSO
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
TAFINLAR TBSO 10mg	Tier 5	NDS, QL (900 tabs / 30 days), NM, PA NSO
TAGRISSE TABS 40mg, 80mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA NSO
TALZENNA CAPS .25mg	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA NSO
TASIGNA CAPS 50mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg	Tier 5	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA NSO
TAZVERIK TABS 200mg	Tier 5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA NSO
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
TECENTRIQ INJ HYBREZA	Tier 5	NDS, QL (1 vial / 21 days), NM, PA NSO
TEPMETKO TABS 225mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
TIBSOVO TABS 250mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>torpenz</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	Tier 5	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, PA NSO
TRUQAP TBPB 160mg, 200mg	Tier 5	NDS, QL (4 packs / 28 days), NM, PA NSO
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

23

11/04/2025



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
TURALIO CAPS 125mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA NSO
VENCLEXTA TABS 10mg	Tier 3	QL (112 tabs / 28 days), NM, PA NSO
VENCLEXTA TABS 50mg	Tier 5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA NSO
VENCLEXTA TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
VENCLEXTA TAB START PK	Tier 5	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA NSO
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA NSO
VITRAKVI CAPS 25mg	Tier 5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA NSO
VITRAKVI CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA NSO
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	Tier 5	NDS, QL (300 mL / 30 days), NM, PA NSO
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
VONJO CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
VORANIGO TABS 10mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
VORANIGO TABS 40mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
XALKORI CPSP 20mg	Tier 5	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA NSO
XALKORI CPSP 150mg	Tier 5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA NSO
XOSPATA TABS 40mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg	Tier 5	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA NSO
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) TBPK 40mg	Tier 5	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA NSO
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) TBPK 60mg	Tier 5	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA NSO
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg	Tier 5	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg	Tier 5	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA NSO
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg	Tier 5	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, PA NSO
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) TBPK 50mg	Tier 5	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA NSO
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ZELBORAF TABS 240mg	Tier 5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
ZOLINZA CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ZYKADIA TABS 150mg	Tier 5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, 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	
<i>mesna</i> TABS 400mg	Tier 5	NDS
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)
<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 &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	Tier 1	
<i>benazepril &amp; 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	Tier 6	
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	Tier 6	
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	Tier 6	
<b>ACE INHIBITORS</b>		
<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	

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS</b>		
<i>eplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	Tier 2	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>spironolactone</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 1	
<b>ALPHA BLOCKERS</b>		
<i>doxazosin mesylate</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	Tier 1	
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	Tier 2	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	Tier 1	
<b>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS</b>		
<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)
<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 CAP 6-6MG	Tier 3	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO CAP 15-16MG	Tier 3	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO TAB 24-26MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 49-51MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 97-103MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
<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 &amp; hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	Tier 6	
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	Tier 6	
<i>losartan potassium &amp; 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)

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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)
<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, 150mg/3ml, 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	NM

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	Tier 2	
MULTAQ TABS 400mg	Tier 4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 400mg	Tier 2	
<i>pacerone</i> TABS 200mg	Tier 1	
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg	Tier 2	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	Tier 2	
<i>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	Tier 1	
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	Tier 2	
<b>ANTILIPEMICS, FIBRATES</b>		
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	Tier 2	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	Tier 2	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	Tier 1	
<b>ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS</b>		
<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)
<b>ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS</b>		
<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)
NEXLETOL TABS 180mg	Tier 3	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
NEXLIZET TAB 180/10MG	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	Tier 2	PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	Tier 2	
REPATHA SOSY 140mg/ml	Tier 3	NM, PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml	Tier 3	NM, PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	Tier 3	NM, PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	Tier 3	

### **BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS**

<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	Tier 1	
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	Tier 2	
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	Tier 2	
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	Tier 2	

### **BETA-BLOCKERS**

<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	Tier 2	
<i>atenolol</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 1	
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 1	
<i>carvedilol</i> TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	Tier 1	
<i>labetalol hcl</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg	Tier 2	
<i>metoprolol succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml	Tier 2	
<i>metoprolol tartrate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 1	
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	Tier 2	
<i>nebivolol hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl</i> TABS 20mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	Tier 2	
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	Tier 2	
<b>CALCIUM CHANNEL BLOCKERS</b>		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 1	
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	Tier 2	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	Tier 2	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml	Tier 2	
<i>diltiazem hcl</i> TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	Tier 1	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	Tier 2	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	Tier 2	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2	
<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	
<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	
<b>DIURETICS</b>		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	Tier 2	
<i>amiloride &amp; 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	

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 . NDS - Suministro de días no extendidos



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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 &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 25-25 mg	Tier 2	
<i>toremide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	Tier 1	
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg	Tier 1	
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg	Tier 1	
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg	Tier 1	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	Tier 1	
<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	Tier 4	QL (450 mL / 30 days)
<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), NM, PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg	Tier 5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	Tier 2	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	Tier 3	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml	Tier 2	
<i>hydralazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	Tier 1	
<i>ivabradine hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	Tier 5	NDS, NM, 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	QL (30 tabs / 30 days), PA
<b>NITRATES</b>		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>isosorbide mononitrate</i> 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**

<i>alyq</i> TABS 20mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
OPSUMIT TABS 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO

### **CENTRAL NERVOUS SYSTEM**

#### **ANTI-ANXIETY**

<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 4mg/ml, 20mg/10ml	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)

#### **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	QL (200 mL / 30 days)
<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 applies if 29 years and younger

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr</i> <i>14-10 mg</i>	Tier 2	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr</i> <i>21-10 mg</i>	Tier 2	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr</i> <i>28-10 mg</i>	Tier 2	
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)
<b>ANTIDEPRESSANTS</b>		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	Tier 3	
<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	Tier 2	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TB24 300mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<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)
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	Tier 3	
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	

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

34

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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	QL (2 packs / year), 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	
<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), PA NSO
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	Tier 1	
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	Tier 2	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg	Tier 5	NDS, QL (28 caps / 14 days), NM, PA NSO
ZURZUVAE CAPS 30mg	Tier 5	NDS, QL (14 caps / 14 days), NM, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>ANTIPARKINSONIAN AGENTS</b>		
<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 2	PA; PA applies if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	Tier 2	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 10-100mg	Tier 2	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-100mg	Tier 2	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-250mg	Tier 2	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i> 10-100 mg	Tier 2	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i> 25-100 mg	Tier 2	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i> 25-250 mg	Tier 2	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab er</i> 25-100 mg	Tier 2	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab er</i> 50-200 mg	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 12.5-50-200 mg	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 18.75-75-200 mg	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 25-100-200 mg	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 31.25-125-200 mg	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 37.5-150-200 mg	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 50-200-200 mg	Tier 2	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	Tier 2	
INBRIJA CAPS 42mg	Tier 5	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	Tier 1	
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg, 1mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	Tier 1	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	Tier 2	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml	Tier 3	PA; PA applies if 70 years and older

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>trihexyphenidyl hcl</i> TABS 2mg, 5mg	Tier 2	PA; PA applies if 70 years and older
<b>ANTIPSYCHOTICS</b>		
ABILIFY ASIMTUFII PRSY 720mg/2.4ml, 960mg/3.2ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ABILIFY MANTENA PRSY 300mg, 400mg	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MANTENA SRER 300mg, 400mg	Tier 5	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml	Tier 2	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), ST
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
<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 2	QL (120 tabs / 30 days), PA NSO
COBENFY CAP 50-20MG	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA NSO
COBENFY CAP 100-20MG	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA NSO
COBENFY CAP 125-30MG	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA NSO
COBENFY STRT CAP PACK	Tier 5	NDS, QL (2 packs / year), 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
FANAPT PAK	Tier 4	QL (2 packs / year), 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)
<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)
LYBALVI TAB 5-10MG	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 10-10MG	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 15-10MG	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 20-10MG	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	Tier 2	
NUPLAZID CAPS 34mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA NSO
NUPLAZID TABS 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	Tier 2	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg	Tier 2	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), ST
OPIPZA FILM 2mg, 5mg	Tier 5	NDS, QL (30 films / 30 days), PA NSO
OPIPZA FILM 10mg	Tier 5	NDS, QL (90 films / 30 days), PA NSO
<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	
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	Tier 2	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 300mg, 400mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<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)
<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), ST
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone microspheres</i> SRER 12.5mg, 25mg	Tier 2	QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 37.5mg, 50mg	Tier 5	NDS, QL (2 injections / 28 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	Tier 5	NDS, 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	

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

39

11/04/2025



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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)
<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)
<b>ANTISEIZURE AGENTS</b>		
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 TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg, 200mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	Tier 2	
<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 applies if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	Tier 5	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA NSO
DIACOMIT CAPS 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA NSO
DIACOMIT PACK 250mg	Tier 5	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, PA NSO
DIACOMIT PACK 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

40

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	Tier 2	QL (1200 mL / 30 days), PA NSO; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days), PA NSO; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	Tier 2	
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml	Tier 2	QL (240 mL / 30 days), PA NSO; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
DILANTIN CAPS 30mg	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), NM, 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; TABS 400mg, 600mg	Tier 2	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	Tier 5	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, 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	Tier 1	QL (360 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg	Tier 1	QL (270 caps / 30 days)
<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)

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

41

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	Tier 2	
<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	Tier 2	
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 1	
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	Tier 2	ST
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	Tier 2	
LEVETIRACETAM TB3D 250mg	Tier 4	QL (360 tabs / 30 days)
<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	
LIBERVANT FILM 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg	Tier 4	QL (10 buccal films / 30 days)
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	Tier 2	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	Tier 4	QL (10 nasal units per 30 days)
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	Tier 2	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	Tier 4	QL (1500 mL / 30 days), PA NSO; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	Tier 3	QL (120 tabs / 30 days), PA NSO; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	Tier 4	PA NSO; PA applies 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

42

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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, 50mg	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	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	Tier 4	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	Tier 4	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	Tier 4	QL (10 blister packs per 30 days)
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA NSO
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA NSO
<i>vigadrone</i> TABS 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

43

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
VIGAFYDE SOLN 100mg/ml	Tier 5	NDS, QL (900 mL / 30 days), NM, PA NSO
<i>vigpoder</i> PACK 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA NSO
XCOPRI TABS 25mg, 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 5	NDS, 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), NM, PA NSO

### **ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER**

<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), PA
<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

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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 CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	Tier 2	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	Tier 2	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 10mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 4mg</i>	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 3mg</i>	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i>	Tier 2	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml</i>	Tier 2	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl TABS 5mg, 10mg</i>	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg</i>	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), PA
<b>HYPNOTICS</b>		
<i>DAYVIGO TABS 5mg, 10mg</i>	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep) TABS 3mg, 6mg</i>	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tasimelteon CAPS 20mg</i>	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>temazepam CAPS 7.5mg, 30mg</i>	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>temazepam CAPS 15mg</i>	Tier 2	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>zolpidem tartrate TABS 5mg, 10mg</i>	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

45

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>MIGRAINE</b>		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	Tier 3	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<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
EMGALITY SOAJ 120mg/ml	Tier 3	QL (2 pens / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 100mg/ml	Tier 3	QL (3 syringes / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 120mg/ml	Tier 3	QL (2 syringes / 30 days), NM, 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
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	Tier 3	QL (30 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)
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	Tier 3	QL (16 tabs / 30 days), PA
<b>MISCELLANEOUS</b>		
AUSTEDO TABS 6mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 6mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 18mg, 24mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

46

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
AUSTEDO XR TB24 30mg, 36mg, 42mg, 48mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	Tier 5	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
<i>lithium</i> SOLN 8meq/5ml	Tier 2	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg	Tier 1	
<i>lithium carbonate</i> TBCR 300mg, 450mg	Tier 2	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	Tier 5	NDS, 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), NM, PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA

### **MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS**

BAFIERTAM CPDR 95mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
BETASERON KIT .3mg	Tier 5	NDS, QL (14 syringes / 28 days), NM, PA NSO
COPAXONE SOSY 20mg/ml	Tier 5	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA NSO
COPAXONE SOSY 40mg/ml	Tier 5	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA NSO
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>fingolimod hcl</i> CAPS .5mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA NSO
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	Tier 5	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA NSO
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	Tier 5	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA NSO
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	Tier 5	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA NSO
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	Tier 5	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA NSO
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	Tier 5	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA NSO

### **MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS**

<i>baclofen</i> TABS 5mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	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 . NDS - Suministro de días no extendidos



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 3	QL (90 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	Tier 2	
<b>NARCOLEPSY/CATAPLEXY</b>		
<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
<i>modafinil</i> TABS 100mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 200mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	Tier 5	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, PA
<b>PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC</b>		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	Tier 2	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)
<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	QL (60 tabs / 30 days)
<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 .4mg/ml, 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 - 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &amp; 42 x 1 mg start pack</i>	Tier 2	QL (2 packs / year)
VIVITROL SUSR 380mg	Tier 5	NDS, NM

## **ENDOCRINE AND METABOLIC**

### **ANDROGENS**

<i>danazol CAPS 50mg, 100mg, 200mg</i>	Tier 2	
<i>depo-testosterone SOLN 100mg/ml, 200mg/ml</i>	Tier 2	PA
<i>methyltestosterone CAPS 10mg</i>	Tier 5	NDS, QL (600 caps / 30 days), PA
<i>testosterone GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	Tier 2	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate SOLN 100mg/ml, 200mg/ml</i>	Tier 2	PA
<i>testosterone enanthate SOLN 200mg/ml</i>	Tier 2	PA
<i>testosterone pump GEL 1.62%</i>	Tier 2	QL (150 gm / 30 days), PA

### **ANTIDIABETICS**

<i>acarbose TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	Tier 2	
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride TABS 1mg, 2mg</i>	Tier 1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride TABS 4mg</i>	Tier 1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide TABS 5mg</i>	Tier 6	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide TABS 10mg</i>	Tier 6	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide TB24 2.5mg, 5mg</i>	Tier 6	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide TB24 10mg</i>	Tier 6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl TB24 2.5mg, 5mg</i>	Tier 6	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl TB24 10mg</i>	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, 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)

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
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)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	Tier 6	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
MOUNJARO SOAJ 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml	Tier 3	QL (4 pens / 28 days), PA
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	Tier 1	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	Tier 3	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml	Tier 3	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	Tier 3	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml	Tier 3	QL (1 pen / 28 days), PA
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	Tier 1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	Tier 1	QL (90 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
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 12.5-1000	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)

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

50

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
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 SOAJ .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	Tier 3	QL (4 pens / 28 days), PA
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**

ADMELOG SOLN 100unit/ml	Tier 3	
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	Tier 3	
ALCOHOL SWABS: BD-EMBECTA/MHC/RUGBY	Tier 3	PA
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	Tier 3	
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	Tier 4	QL (10 patches / 30 days), PA
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	Tier 4	QL (8 patches / 24 days), PA
CEQUR SIMPL MIS INSERTER	Tier 4	QL (2 inserters / year), PA
FIASP SOLN 100unit/ml	Tier 3	
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	Tier 3	
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	Tier 3	
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	Tier 3	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	Tier 3	PA
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-EMBECTA	Tier 3	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: BD-EMBECTA	Tier 3	PA
INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA	Tier 3	PA
NOVOLIN INJ 70/30	Tier 3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	Tier 3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	Tier 3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	Tier 3	(brand RELION not covered)

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

51

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	Tier 3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	Tier 3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	Tier 3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	Tier 3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	Tier 3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	Tier 3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	Tier 3	(brand RELION not covered)
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	Tier 4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	Tier 4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 LB KIT INTRO G6	Tier 4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 LB MIS PODS G6	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
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
SOLIQUA INJ 100/33	Tier 3	QL (5 pens / 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	Tier 3	
TRESIBA SOLN 100unit/ml	Tier 3	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	Tier 3	
XULTOPHY INJ 100/3.6	Tier 3	QL (5 pens / 30 days)
<b>CALCIUM REGULATORS</b>		
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	Tier 1	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	Tier 2	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	Tier 2	B/D
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	Tier 3	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	Tier 2	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	Tier 4	QL (1 syringe / 180 days), NM
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	Tier 5	NDS, NM, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 5mg/100ml	Tier 2	B/D, NM
<b>CHELATING AGENTS</b>		
CHEMET CAPS 100mg	Tier 5	NDS
<i>deferasirox</i> TABS 90mg; TBSO 125mg	Tier 2	NM, PA
<i>deferasirox</i> TABS 180mg, 360mg	Tier 4	NM, PA
<i>deferasirox</i> TBSO 250mg, 500mg	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>kionex</i> SUSP 15gm/60ml	Tier 2	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	Tier 3	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	Tier 5	NDS, NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	Tier 2	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	Tier 2	
<i>sps rectal</i> SUSP 15gm/60ml	Tier 2	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	Tier 5	NDS, NM, PA
<b>CONTRACEPTIVES</b>		
<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	

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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 eq</i>	Tier 2	
<i>cryselle-28</i>	Tier 2	
<i>cyred eq</i>	Tier 2	
<i>dasetta 1/35</i>	Tier 2	
<i>dasetta 7/7/7</i>	Tier 2	
<i>deblitane</i> TABS .35mg	Tier 2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	Tier 3	
<i>desogest-eth estrad &amp; eth estrad tab 0.15- 0.02/0.01 mg(21/5)</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>emzahh</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>enilloring</i>	Tier 2	
<i>enpresse-28</i>	Tier 2	
<i>enskyce</i>	Tier 2	
<i>errin</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>estarylla</i>	Tier 2	
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	Tier 2	
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	Tier 2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12- 0.015 mg/24hr</i>	Tier 2	
<i>falmina</i>	Tier 2	
<i>feirza 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>feirza 1/20</i>	Tier 2	
<i>hailey 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>haloette</i>	Tier 2	
<i>heather</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>iclevia</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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

54

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>incassia</i> TABS .35mg	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	
<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>lessina</i>	Tier 2	
<i>levonest</i>	Tier 2	
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	Tier 2	
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	Tier 2	
<i>levonorgestrel &amp; 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	
LILETTA IUD 20.1mcg/day	Tier 3	NM
<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>lutera</i>	Tier 2	
<i>lyleq</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>lyza</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>marlissa</i>	Tier 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</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 . NDS - Suministro de días no extendidos



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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-lynyah</i>	Tier 2	
<i>necon 0.5/35-28</i>	Tier 2	
NEXPLANON IMPL 68mg	Tier 3	NM
<i>nikki</i>	Tier 2	
<i>nora-be TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	Tier 2	
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1- 20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	Tier 2	
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	Tier 2	
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	Tier 2	
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	Tier 2	
<i>norgestimate &amp; 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 TABS .35mg</i>	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>ocella</i>	Tier 2	
<i>philith</i>	Tier 2	
<i>pimtrea</i>	Tier 2	
<i>portia-28</i>	Tier 2	
<i>reclipsen</i>	Tier 2	
<i>setlakin</i>	Tier 2	
<i>sharobel TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>simliya</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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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	
<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>turqoz</i>	Tier 2	
<i>valtya 1/50</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>xarah fe</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	
<b>ESTROGENS</b>		
<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 &amp; norethindrone acetate tab 0.5- 0.1 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	Tier 3	
<i>estradiol vaginal CREA .1mg/gm; TABS 10mcg</i>	Tier 2	
<i>estradiol valerate OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml</i>	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 PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr</i>	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 TABS 10mcg</i>	Tier 2	
<b>GLUCOCORTICOIDS</b>		
<i>dexamethasone ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	Tier 2	
<i>DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml</i>	Tier 4	
<i>dexamethasone sodium phosphate SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml</i>	Tier 2	
<i>fludrocortisone acetate TABS .1mg</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone sod succinate SOLR 100mg</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg</i>	Tier 2	B/D
<i>methylprednisolone TBPK 4mg</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone acetate SUSP 40mg/ml, 80mg/ml</i>	Tier 2	B/D
<i>methylprednisolone sod succ SOLR 40mg, 125mg, 1000mg</i>	Tier 2	B/D
<i>prednisolone SOLN 15mg/5ml</i>	Tier 2	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 5mg/5ml, 15mg/5ml, 25mg/5ml</i>	Tier 2	B/D
<i>prednisone SOLN 5mg/5ml</i>	Tier 2	B/D
<i>prednisone TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg</i>	Tier 1	B/D
<i>prednisone TBPK 5mg, 10mg</i>	Tier 2	
<i>PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml</i>	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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

58

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	Tier 4	
<b>GLUCOSE ELEVATING AGENTS</b>		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	Tier 5	NDS
ZEGALOGUE SOAJ .6mg/0.6ml; SOSY .6mg/0.6ml	Tier 3	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	Tier 5	NDS, NM
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	Tier 2	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	Tier 5	NDS, NM, PA
CERDELGA CAPS 84mg	Tier 5	NDS, NM, PA
CEREZYME SOLR 400unit	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg, 60mg	Tier 2	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	Tier 5	NDS, B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	Tier 4	NM, 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, NM, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	Tier 5	NDS, NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg	Tier 3	NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	Tier 5	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	Tier 2	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	Tier 5	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	Tier 5	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	Tier 5	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg <i>mifepristone (hyperglycemia)</i> TABS 300mg	Tier 5	NDS, NM, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

59

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	Tier 2	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	Tier 2	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	Tier 5	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	Tier 5	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml	Tier 5	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 120mg/0.5ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	Tier 5	NDS, NM, PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml	Tier 5	NDS, PA
VEOZAH TABS 45mg	Tier 4	PA
<b>PROGESTINS</b>		
<i>gallifrey</i> TABS 5mg	Tier 2	
<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
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	Tier 2	
<i>progesterone</i> CAPS 100mg, 200mg	Tier 2	
<b>THYROID AGENTS</b>		
<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	

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>levoxyI</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

### **GASTROINTESTINAL**

#### **ANTIEMETICS**

<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	Tier 2	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &amp; 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	
<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> TBP 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	

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>promethazine hcl</i> SOLN 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	Tier 2	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>promethazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	Tier 3	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	Tier 4	QL (10 patches / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year

### **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	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glycopyrrolate</i> TABS 2mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)

### **H2-RECEPTOR ANTAGONISTS**

<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml; SUSR 40mg/5ml	Tier 2	
<i>famotidine</i> TABS 20mg, 40mg	Tier 1	
<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
<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	Tier 2	QL (1680 mL / 28 days)
<i>mesalamine</i> SUPP 1000mg	Tier 2	QL (30 suppositories / 30 days)
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	Tier 2	QL (28 bottles / 28 days)
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>LAXATIVES</b>		
<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>gavilyte-n/ flavor pack</i>	Tier 1	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2	
<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	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>alosetron hcl</i> TABS 1mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
CREON CAP 3000UNIT	Tier 3	
CREON CAP 6000UNIT	Tier 3	
CREON CAP 12000UNT	Tier 3	
CREON CAP 24000UNT	Tier 3	
CREON CAP 36000UNT	Tier 3	
<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, NM, PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	Tier 3	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, QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>sucralfate</i> TABS 1gm	Tier 2	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

63

11/04/2025



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
VOWST CAP	Tier 5	NDS, QL (12 caps / 30 days), NM, PA
XERMELO TABS 250mg	Tier 5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XIFAXAN TABS 550mg	Tier 5	NDS, PA
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	
ZENPEP CAP 60000UNIT	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	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tadalafil</i> TABS 5mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	Tier 1	QL (60 caps / 30 days)

### **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	

### **URINARY ANTISPASMODICS**

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	Tier 2	QL (600 mL / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<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)

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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)
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 110mg	Tier 2	QL (120 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/NACL INJ 25000UNT	Tier 3	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	Tier 2	B/D
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	Tier 1	
<i>rivaroxaban</i> TABS 2.5mg	Tier 3	QL (60 tabs / 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**

FULPHILA SOSY 6mg/0.6ml	Tier 5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	Tier 3	NM, PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	Tier 5	NDS, NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<b>MISCELLANEOUS</b>		
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	Tier 2	
BERINERT KIT 500unit	Tier 5	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	Tier 1	
DOPTELET TABS 20mg	Tier 5	NDS, NM, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	Tier 5	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	Tier 5	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	Tier 5	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> PACK 5gm	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	Tier 1	
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	Tier 5	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
SIKLOS TABS 100mg	Tier 4	
SIKLOS TABS 1000mg	Tier 5	NDS
TAVNEOS CAPS 10mg	Tier 5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	Tier 2	
<b>PLATELET AGGREGATION INHIBITORS</b>		
<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 applies if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>IMMUNOLOGIC AGENTS</b>		
<b>AUTOIMMUNE AGENTS</b>		
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING PSKT 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF STARTER P AJKT 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
COSENTYX SOLN 125mg/5ml	Tier 5	NDS, NM, PA
COSENTYX SOSY 75mg/0.5ml	Tier 5	NDS, QL (16 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SOSY 150mg/ml	Tier 5	NDS, QL (32 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SENSOREADY PEN SOAJ 150mg/ml	Tier 5	NDS, QL (32 pens / 365 days), NM, PA
COSENTYX UNOREADY SOAJ 300mg/2ml	Tier 5	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA
DUPIXENT SOAJ 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	Tier 5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
DUPIXENT SOSY 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	Tier 5	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml	Tier 5	NDS, QL (16 vials / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	Tier 5	NDS, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml	Tier 5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml	Tier 5	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 80mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	Tier 5	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START AJKT 80mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S AJKT 80mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	Tier 5	NDS, NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	Tier 5	NDS, NM, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	Tier 5	NDS, NM, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TB24 45mg	Tier 5	NDS, QL (168 tabs / year), NM, PA
RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml	Tier 5	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	Tier 5	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	Tier 5	NDS, NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	Tier 5	NDS, QL (6 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	Tier 5	NDS, QL (6 pens / 365 days), NM, PA
SOTYKTU TABS 6mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	Tier 5	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	Tier 5	NDS, NM, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOAJ 100mg/ml, 200mg/2ml	Tier 5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOLN 200mg/20ml	Tier 5	NDS, NM, PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml, 200mg/2ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TYENNE SOAJ 162mg/0.9ml	Tier 5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
TYENNE SOLN 80mg/4ml, 200mg/10ml, 400mg/20ml	Tier 5	NDS, NM, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

68

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
TYENNE SOSY 162mg/0.9ml	Tier 5	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
VELSIPITY TABS 2mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	Tier 5	NDS, QL (480 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

### **DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)**

<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	Tier 2	
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	Tier 4	B/D
<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**

ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	Tier 5	NDS, NM, PA
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	Tier 5	NDS, NM, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	Tier 5	NDS, NM, PA
GAMASTAN INJ	Tier 4	B/D, NM
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	Tier 5	NDS, NM, PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	Tier 5	NDS, NM, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	Tier 5	NDS, NM, PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	Tier 5	NDS, NM, PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	Tier 5	NDS, NM, PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	Tier 5	NDS, NM, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	Tier 5	NDS, NM, 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<b>IMMUNOMODULATORS</b>		
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
ARCALYST SOLR 220mg	Tier 5	NDS, NM, PA
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS</b>		
ASTAGRAF XL CP24 5mg	Tier 5	NDS, B/D, NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	Tier 4	B/D, NM
<i>azathioprine</i> TABS 50mg	Tier 2	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg	Tier 2	B/D, NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	Tier 2	B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	Tier 5	NDS, B/D, NM
<i>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	Tier 2	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	Tier 2	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	Tier 5	NDS, B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	Tier 2	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	Tier 5	NDS, B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	Tier 4	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	Tier 5	NDS, B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	B/D, NM
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	Tier 2	B/D, NM
<b>VACCINES</b>		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	Tier 1	
ACTHIB INJ	Tier 1	
ADACEL INJ	Tier 1	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	Tier 1	
BCG VACCINE SOLR 50mg	Tier 1	
BEXSERO INJ	Tier 1	
BOOSTRIX INJ	Tier 1	
DAPTACEL INJ	Tier 1	
DENG VAXIA SUS	Tier 1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	Tier 1	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	Tier 1	B/D
GARDASIL 9 INJ	Tier 1	
HAVRIX SUSP 1440elu/ml; SUSY 720elu/0.5ml	Tier 1	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	Tier 1	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	Tier 1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	Tier 1	B/D
INFANRIX INJ	Tier 1	
IPOL INJ INACTIVE	Tier 1	
IXCHIQ INJ	Tier 1	
IXIARO INJ	Tier 1	
JYNNEOS SUSP .5ml	Tier 1	B/D
KINRIX INJ	Tier 1	
M-M-R II INJ	Tier 1	
MENACTRA INJ	Tier 1	
MENQUADFI INJ	Tier 1	
MENVEO INJ	Tier 1	
MENVEO SOL	Tier 1	
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	Tier 1	
PEDIARIX INJ 0.5ML	Tier 1	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	Tier 1	
PENBRAYA INJ	Tier 1	
PENTACEL INJ	Tier 1	
PRIORIX INJ	Tier 1	
PROQUAD INJ	Tier 1	
QUADRACEL INJ 0.5ML	Tier 1	
RABAVERT INJ	Tier 1	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	Tier 1	B/D
ROTARIX SUS	Tier 1	
ROTATEQ SOL	Tier 1	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	Tier 1	QL (2 vials per lifetime)
TENIVAC INJ 5-2LF	Tier 1	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	Tier 1	
TRUMENBA INJ	Tier 1	
TWINRIX INJ	Tier 1	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	Tier 1	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

71

11/04/2025



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
VARIVAX SUSR 1350pfu/0.5ml	Tier 1	
VAXCHORA SUS	Tier 1	
VIVOTIF CAP EC	Tier 1	
YF-VAX INJ	Tier 1	

## **NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS**

### ***ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE***

D2.5W/NACL INJ 0.45%	Tier 4	
D10W/NACL 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	
<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 PH 7.4	Tier 4	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.2% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; 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 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; 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	

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

72

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>magnesium sulfate</i> SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	Tier 3	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln</i> 1 gm/100ml	Tier 3	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	Tier 2	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	Tier 2	
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	Tier 4	
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, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	Tier 2	
<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
<b>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</b>		
<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> CPCR 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 chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	Tier 2	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	Tier 3	
<b>IV NUTRITION</b>		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
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
CLINOLIPID EMU 20%	Tier 4	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	Tier 2	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	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	
<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>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	Tier 2	QL (12 mL / 30 days)
<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>XDEMVY SOLN .25%</i>	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>ZIRGAN GEL .15%</i>	Tier 4	
<b>ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .07%, .075%</i>	Tier 2	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	Tier 2	
<i>FLAREX SUSP .1%</i>	Tier 4	
<i>fluorometholone (ophth) SUSP .1%</i>	Tier 2	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	Tier 2	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%, .5%</i>	Tier 2	
<i>LOTEMAX OINT .5%</i>	Tier 3	
<i>loteprednol etabonate SUSP .2%</i>	Tier 2	
<i>prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%</i>	Tier 2	
<i>PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%</i>	Tier 3	
<b>ANTIALLERGICS</b>		
<i>azelastine hcl (ophth) SOLN .05%</i>	Tier 2	
<i>cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%</i>	Tier 1	
<b>ANTIGLAUCOMA</b>		
<i>betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%</i>	Tier 2	
<i>BETOPTIC-S SUSP .25%</i>	Tier 4	
<i>brimonidine tartrate SOLN .2%</i>	Tier 1	
<i>brimonidine tartrate SOLN .15%</i>	Tier 2	
<i>brinzolamide SUSP 1%</i>	Tier 2	
<i>carteolol hcl (ophth) SOLN 1%</i>	Tier 2	
<i>COMBIGAN SOL 0.2/0.5%</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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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 4	
ROCKLATAN DRO	Tier 4	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	Tier 4	
<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, NM, PA
CYSTARAN SOLN .44%	Tier 5	NDS, NM, PA
EYSUVIS SUSP .25%	Tier 4	
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	Tier 3	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	Tier 2	
RESTASIS EMUL .05%	Tier 3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	Tier 3	
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	

### **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)

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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
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%</i>	Tier 2	
<i>cetirizine hcl SOLN 5mg/5ml</i>	Tier 1	QL (300 mL / 30 days)
<i>cyproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg</i>	Tier 3	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml</i>	Tier 2	
<i>hydroxyzine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml</i>	Tier 4	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg</i>	Tier 3	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>hydroxyzine pamoate CAPS 25mg, 50mg</i>	Tier 3	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>levocetirizine dihydrochloride SOLN 2.5mg/5ml</i>	Tier 2	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride TABS 5mg</i>	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)

### **BETA AGONISTS**

<i>albuterol sulfate AERS 108mcg/act</i>	Tier 2	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
--	--------	--

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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 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)
<b>LEUKOTRIENE MODULATORS</b>		
<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	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	Tier 2	B/D
ALYFTREK TAB 4-20-50	Tier 5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
ALYFTREK TAB 10-50-125	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	Tier 5	NDS, NM, PA
BRONCHITOL CAPS 40mg	Tier 5	NDS, QL (560 caps / 28 days), NM, 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 10mg/0.5ml, 30mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	Tier 5	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
KALYDECO TABS 150mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 75-94MG	Tier 5	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 100-125	Tier 5	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 150-188	Tier 5	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 100-125	Tier 5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 200-125	Tier 5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg	Tier 5	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	Tier 5	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	Tier 5	NDS, NM, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg	Tier 2	QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast</i> TABS 500mcg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
SYMDEKO TAB 50-75MG	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
SYMDEKO TAB 100-150	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
<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), NM, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	Tier 5	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	Tier 5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	Tier 5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	Tier 5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 150mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
XOLAIR SOLR 150mg	Tier 5	NDS, QL (8 vials / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	Tier 5	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 150mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	Tier 5	NDS, NM, 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**

ALVESCO AERS 80mcg/act	Tier 4	QL (3 inhalers / 30 days)
ALVESCO AERS 160mcg/act	Tier 4	QL (2 inhalers / 30 days)
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

### **STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS**

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)
AIRSUPRA AER 90-80MCG	Tier 3	QL (3 inhalers / 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)
<i>breynd</i>	Tier 2	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	Tier 2	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	Tier 2	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 50-5MCG	Tier 4	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

80

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
DULERA AER 100-5MCG	Tier 4	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 200-5MCG	Tier 4	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	Tier 2	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	Tier 2	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	Tier 2	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>wixela inhub</i>	Tier 2	QL (60 inhalations / 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 mL / 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> GEL 2%	Tier 2	QL (60 gm / 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>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	Tier 2	QL (75 gm / 30 days)
<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)

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS</b>		
<i>ciclopirox SHAM</i> 1%	Tier 2	QL (120 mL / 30 days)
<i>ciclopirox olamine CREA</i> .77%	Tier 2	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine SUSP</i> .77%	Tier 2	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical) CREA</i> 1%	Tier 2	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical) SOLN</i> 1%	Tier 2	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	Tier 2	QL (45 gm / 30 days)
<i>econazole nitrate CREA</i> 1%	Tier 2	QL (85 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical) CREA</i> 2%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical) SHAM</i> 2%	Tier 1	QL (120 mL / 30 days)
<i>klayesta POWD</i> 100000unit/gm	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc POWD</i> 100000unit/gm	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical) CREA</i> 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	Tier 2	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical) POWD</i> 100000unit/gm	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop POWD</i> 100000unit/gm	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>selenium sulfide LOTN</i> 2.5%	Tier 2	
<b>DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS</b>		
<i>acitretin CAPS</i> 10mg, 17.5mg, 25mg	Tier 2	PA
<i>calcipotriene CREA</i> .005%; OINT .005%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene SOLN</i> .005%	Tier 2	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene OINT</i> .005%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days), PA
ENSTILAR AER	Tier 5	NDS, QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene CREA</i> .05%, .1%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	Tier 4	QL (60 gm / 30 days), PA
<b>DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS</b>		
<i>ala-cort CREA</i> 1%	Tier 1	
<i>alclometasone dipropionate CREA</i> .05%; OINT .05%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical) CREA</i> .05%; OINT .05%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical) LOTN</i> .05%	Tier 2	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented CREA</i> .05%; GEL .05%; OINT .05%	Tier 2	QL (120 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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)
<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 (60 mL / 30 days)
<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>hydrocortisone (topical)</i> OINT 1%	Tier 2	QL (30 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone valerate</i> CREA .2%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	Tier 2	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5%	Tier 1	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%	Tier 2	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> OINT .025%, .1%, .5%	Tier 1	
<i>triderm</i> CREA .5%	Tier 1	QL (454 gm / 30 days)
<b>DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS</b>		
<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

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

83

11/04/2025

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan</i> PTCH 5%	Tier 2	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>tridacaine ii</i> PTCH 5%	Tier 2	QL (3 patches / 1 day), PA

### **DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE**

<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	Tier 5	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA NSO
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5%	Tier 2	QL (300 mL / 28 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%, 2.5%	Tier 2	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	Tier 2	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	Tier 2	
<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)
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> OINT .4%	Tier 2	QL (30 gm / 30 days)
PANRETIN GEL .1%	Tier 5	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA NSO
<i>pimecrolimus</i> CREA 1%	Tier 2	QL (100 gm / 30 days), PA
<i>podofilox</i> SOLN .5%	Tier 2	QL (7 mL / 28 days)
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	Tier 2	
<i>proctocort</i> CREA 1%	Tier 2	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	Tier 2	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	Tier 2	
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	Tier 2	QL (100 gm / 30 days), PA
VALCHLOR GEL .016%	Tier 5	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, 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**

REGANEX GEL .01%	Tier 5	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	Tier 4	QL (180 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>sodium chloride (gu irrigant) SOLN .9%</i>	Tier 2	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	Tier 2	
<b>MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS</b>		
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN .12%</i>	Tier 1	
<i>clotrimazole TROC 10mg</i>	Tier 2	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>kourzeq PSTE .1%</i>	Tier 2	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN 2%</i>	Tier 2	
<i>nystatin (mouth-throat) SUSP 100000unit/ml</i>	Tier 2	
<i>periogard SOLN .12%</i>	Tier 1	
<i>pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg</i>	Tier 2	
<i>triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%</i>	Tier 2	

# Índice

<b>A</b>	
<i>abacavir sulfate</i> .....	7
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i> .....	8
ABELCET .....	6
ABILIFY ASIMTUFII .....	37
ABILIFY MAINTENA .....	37
<i>abiraterone acetate</i> .....	14
ABRYSVO .....	70
<i>acamprosate calcium</i> .....	48
<i>acarbose</i> .....	49
<i>accutane</i> .....	81
<i>acebutolol hcl</i> .....	30
<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> .....	31
<i>acetic acid</i> .....	64
<i>acetic acid (otic)</i> .....	76
<i>acetylcysteine</i> .....	78
<i>acitretin</i> .....	82
ACTHIB INJ .....	70
ACTIMMUNE .....	70
<i>acyclovir</i> .....	9
<i>acyclovir sodium</i> .....	9
ADACEL INJ.....	70
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) .....	67
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING) .....	67
ADALIMUMAB-AACF STARTER P .....	67
<i>adefovir dipivoxil</i> .....	9
ADMELOG .....	51
ADMELOG SOLOSTAR .....	51
ADVAIR HFA AER 115/21 .....	80
ADVAIR HFA AER 230/21 .....	80
ADVAIR HFA AER 45/21 .....	80
<i>afirmelle</i> .....	53
AIMOVIG .....	46
AIRSUPRA AER 90-80MCG.....	80
AKEEGA TAB 100/500.....	15
AKEEGA TAB 50/500MG .....	15
<i>ala-cort</i> .....	82
<i>albendazole</i> .....	4
<i>albuterol sulfate</i> .....	77, 78
<i>alclometasone dipropionate</i> .....	82
ALCOHOL SWABS: BD- EMBECTA/MHC/RUGBY.....	51
ALDURAZYME .....	59
ALECENSA .....	17
<i>alendronate sodium</i> .....	53
<i>alfuzosin hcl</i> .....	64
<i>aliskiren fumarate</i> .....	32
<i>allopurinol</i> .....	2
<i>alose tron hcl</i> .....	63
<i>alprazolam</i> .....	33
<i>altavera</i> .....	53
ALUNBRIG.....	17
ALUNBRIG PAK .....	17
ALVAIZ .....	66
ALVESCO .....	80
<i>alyacen 1/35</i> .....	53
<i>alyacen 7/7/7</i> .....	53
ALYFTREK TAB 10-50-125 .....	78
ALYFTREK TAB 4-20-50.....	78
ALYGLO .....	69
<i>alyq</i> .....	33
<i>amantadine hcl</i> .....	36
<i>ambrisentan</i> .....	33
<i>amikacin sulfate</i> .....	4
<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i> .....	31
<i>amiloride hcl</i> .....	31
<i>amiodarone hcl</i> .....	28
<i>amitriptyline hcl</i> .....	34
<i>amlodipine besylate</i> .....	31
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i> .....	25
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i> .....	25
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i> .....	25
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i> .....	25
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i> .....	25
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i> .....	25

<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i> .....	27	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i> .....	44
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i> .....	27	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> .....	44
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i> .....	27	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i> .....	45
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i> .....	27	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i> .....	45
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i> .....	27	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i> .....	45
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i> .....	27	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i> .....	44
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i> .....	27	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i> .....	44
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i> .....	27	<i>amphotericin b</i> .....	6
<i>amnesteem</i> .....	81	<i>amphotericin b liposome</i> .....	6
<i>amoxapine</i> .....	34	<i>ampicillin</i> .....	12
<i>amoxicillin</i> .....	12	<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i> .....	12
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i> .....	12	<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i> .....	12
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i> .....	12	<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i> .....	12
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i> .....	12	<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i> .....	12
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i> .....	12	<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i> .....	12
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 250-125 mg</i> .....	12	<i>ampicillin sodium</i> .....	12
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 500-125 mg</i> .....	12	<i>anagrelide hcl</i> .....	66
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 875-125 mg</i> .....	12	<i>anastrozole</i> .....	15
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i> .....	12	<i>ANORO ELLIPT AER 62.5-25</i> .....	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i> .....	44	<i>aprepitant</i> .....	61
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i> .....	44	<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &amp; 125 mg</i> .....	61
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i> .....	44	<i>apri</i> .....	53
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i> .....	44	<i>APTIOM</i> .....	40
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i> .....	44	<i>APTIVUS</i> .....	7
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i> .....	44	<i>ARALAST NP</i> .....	78
		<i>aranelle</i> .....	53
		<i>ARCALYST</i> .....	70
		<i>AREXVY</i> .....	70
		<i>ARIKAYCE</i> .....	4
		<i>aripiprazole</i> .....	37
		<i>ARISTADA</i> .....	37
		<i>ARISTADA INITIO</i> .....	37
		<i>armodafinil</i> .....	48
		<i>ARNUITY ELLIPTA</i> .....	80



<i>asenapine maleate</i> .....	37	BALVERSA.....	17
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i> .....	66	<i>balziva</i> .....	54
ASTAGRAF XL.....	70	BARACLUDGE .....	9
<i>atazanavir sulfate</i> .....	7	BASAGLAR KWIKPEN .....	51
<i>atenolol</i> .....	30	BCG VACCINE.....	70
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 100-25 mg</i> .....	30	<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....	25
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 50-25 mg</i> .....	30	<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....	26
<i>atomoxetine hcl</i> .....	45	<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> .....	26
<i>atorvastatin calcium</i> .....	29	<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i> .....	25
<i>atovaquone</i> .....	4	<i>benazepril hcl</i> .....	26
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> .....	7	BENDAMUSTINE HYDROCHLORID.....	13
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i> .....	7	BENDEKA.....	13
ATROPINE SULFATE.....	76	BENLYSTA.....	70
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> .....	76	<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> .....	81
ATROVENT HFA.....	77	<i>benztropine mesylate</i> .....	36
<i>aubra eq</i> .....	53	BERINERT .....	66
AUGTYRO.....	17	BESIVANCE .....	74
<i>aurovela 1/20</i> .....	53	BESREMI .....	16
<i>aurovela fe 1/20</i> .....	54	<i>betaine powder for oral solution</i> .....	59
<i>aurovela fe 1.5/30</i> .....	53	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> .....	82
AUSTEDO.....	46	<i>betamethasone dipropionate augmented</i> .....	82, 83
AUSTEDO XR .....	46, 47	<i>betamethasone valerate</i> .....	83
AUSTEDO XR TAB TITR KIT .....	47	BETASERON .....	47
AUVELITY TAB 45-105MG .....	34	<i>betaxolol hcl (ophth)</i> .....	75
<i>aviane</i> .....	54	<i>bethanechol chloride</i> .....	64
<i>ayuna</i> .....	54	BETOPTIC-S .....	75
AYVAKIT .....	17	BEVESPI AER 9-4.8MCG .....	76
<i>azacitidine</i> .....	14	<i>bexarotene</i> .....	16
<i>azathioprine</i> .....	70	<i>bexarotene (topical)</i> .....	84
<i>azelastine hcl</i> .....	77	BEXSERO INJ .....	70
<i>azelastine hcl (ophth)</i> .....	75	<i>bicalutamide</i> .....	15
<i>azithromycin</i> .....	11	BICILLIN L-A .....	12
<i>aztreonam</i> .....	4	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG .....	8
<i>azurette</i> .....	54	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG .....	8
<b>B</b>		<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i> .....	30
<i>bacitracin (ophthalmic)</i> .....	74	<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i> .....	30
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i> ....	74	<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i> .....	30
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i> .....	74		
<i>baclofen</i> .....	47		
BAFIERTAM .....	47		
<i>balsalazide disodium</i> .....	62		

<i>bisoprolol fumarate</i> .....	30	<i>buspirone hcl</i> .....	33
BIVIGAM.....	69	<i>butorphanol tartrate</i> .....	3
<i>blisovi fe 1.5/30</i> .....	54	<b>C</b>	
BOOSTRIX INJ .....	70	<i>cabergoline</i> .....	59
<i>bortezomib</i> .....	17	CABOMETYX .....	17
BORTEZOMIB .....	17	<i>calcipotriene</i> .....	82
<i>bosentan</i> .....	33	<i>calcitonin (salmon) spray</i> .....	53
BOSULIF .....	17	<i>calcitrene</i> .....	82
BRAFTOVI .....	17	<i>calcitriol</i> .....	61
BREO ELLIPTA INH 100-25 .....	80	<i>calcitriol (oral)</i> .....	61
BREO ELLIPTA INH 200-25 .....	80	CALQUENCE .....	17
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG .....	80	<i>camila</i> .....	54
<i>breyana</i> .....	80	<i>candesartan cilexetil</i> .....	28
BREZTRI AERO AER SPHERE .....	76	CAPLYTA.....	37
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) .....	77	CAPRELSA .....	17, 18
<i>briellyn</i> .....	54	<i>captopril</i> .....	26
BRILINTA .....	66	<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25- 15 mg</i> .....	26
<i>brimonidine tartrate</i> .....	75	<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25- 25 mg</i> .....	26
<i>brinzolamide</i> .....	75	<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50- 15 mg</i> .....	26
BRIVIACT.....	40	<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50- 25 mg</i> .....	26
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> .....	75	<i>carb/levo orally disintegrating tab 10- 100mg</i> .....	36
<i>bromocriptine mesylate</i> .....	36	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25- 100mg</i> .....	36
BRONCHITOL.....	78	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25- 250mg</i> .....	36
BRUKINSA .....	17	<i>carbamazepine</i> .....	40
<i>budesonide</i> .....	62	<i>carbidopa &amp; levodopa tab 10-100 mg</i> 36	
<i>budesonide (inhalation)</i> .....	80	<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-100 mg</i> 36	
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i> .....	80	<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-250 mg</i> 36	
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i> .....	80	<i>carbidopa &amp; levodopa tab er 25-100 mg</i> .....	36
<i>bumetanide</i> .....	31	<i>carbidopa &amp; levodopa tab er 50-200 mg</i> .....	36
<i>buprenorphine hcl</i> .....	48	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i> .....	36
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i> .....	48	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i> .....	36
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i> .....	48	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i> .....	36
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i> .....	48	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i> .....	36
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i> .....	48		
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i> .....	48		
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i> .....	48		
<i>bupropion hcl</i> .....	34		
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> ...	48		

<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 37.5-150-200 mg .....	36	<i>chlorpromazine hcl</i> .....	37
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 50-200-200 mg .....	36	<i>chlorthalidone</i> .....	31
<i>carboplatin</i> .....	13	<i>cholestyramine</i> .....	29
<i>carglumic acid</i> .....	59	<i>cholestyramine light</i> .....	29
<i>carteolol hcl (ophth)</i> .....	75	<i>ciclopirox</i> .....	82
<i>cartia xt</i> .....	31	<i>ciclopirox olamine</i> .....	82
<i>carvedilol</i> .....	30	<i>cilostazol</i> .....	66
<i>caspofungin acetate</i> .....	6	CILOXAN .....	74
CAYSTON .....	4	CIMDUO TAB 300-300 .....	8
<i>cefaclor</i> .....	10	<i>cinacalcet hcl</i> .....	59
<i>cefadroxil</i> .....	10	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i> ..	11
CEFAZOLIN .....	10	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i> ..	11
CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4% ..	10	<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> 0.3-0.1% .....	76
CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3% ..	10	<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	11
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4% .....	10	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> .....	74
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML .....	10	<i>cisplatin</i> .....	13
<i>cefazolin sodium</i> .....	10	<i>citalopram hydrobromide</i> .....	34
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4% ..	10	<i>claravis</i> .....	81
<i>cefdinir</i> .....	10	<i>clarithromycin</i> .....	11
<i>cefepime hcl</i> .....	10	<i>clindamycin hcl</i> .....	4
<i>cefixime</i> .....	10	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> ..	4
<i>cefotetan disodium</i> .....	11	<i>clindamycin phosphate</i> .....	4
<i>cefoxitin sodium</i> .....	11	<i>clindamycin phosphate (topical)</i> .....	81
<i>cefpodoxime proxetil</i> .....	11	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml .....	4
<i>cefprozil</i> .....	11	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml .....	4
<i>ceftazidime</i> .....	11	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml .....	4
<i>ceftriaxone sodium</i> .....	11	<i>clindamycin phosphate vaginal</i> .....	65
<i>cefuroxime axetil</i> .....	11	CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML .....	4
<i>cefuroxime sodium</i> .....	11	CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML .....	4
<i>celecoxib</i> .....	2	CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML .....	4
<i>cephalexin</i> .....	11	CLINIMIX INJ 4.25/D10 .....	73
CEQR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY) .....	51	CLINIMIX INJ 4.25/D5W .....	73
CEQR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY) .....	51	CLINIMIX INJ 5%/D15W .....	74
CEQR SIMPL MIS INSERTER .....	51	CLINIMIX INJ 5%/D20W .....	74
CERDELGA .....	59	CLINIMIX INJ 6/5 .....	74
CEREZYME .....	59	CLINIMIX INJ 8/10 .....	74
<i>cetirizine hcl</i> .....	77	CLINIMIX INJ 8/14 .....	74
<i>chateal eq</i> .....	54	<i>clinisol sf 15%</i> .....	74
CHEMET .....	53	CLINOLIPID EMU 20% .....	74
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> .....	85	<i>clobazam</i> .....	40
<i>chloroquine phosphate</i> .....	7	<i>clobetasol propionate</i> .....	83
		<i>clobetasol propionate e</i> .....	83
		<i>clomipramine hcl</i> .....	34

<i>clonazepam</i> .....	40	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	13, 14
<i>clonidine</i> .....	32	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR....	14
<i>clonidine hcl</i> .....	32	<i>cycloserine</i> .....	9
<i>clopidogrel bisulfate</i> .....	66	<i>cyclosporine</i> .....	70
<i>clorazepate dipotassium</i> .....	40	<i>cyclosporine modified (for</i>	
<i>clotrimazole</i> .....	85	<i>microemulsion)</i> .....	70
<i>clotrimazole (topical)</i> .....	82	<i>cyproheptadine hcl</i> .....	77
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i>		<i>cyred eq</i> .....	54
<i>1-0.05%</i> .....	82	CYSTADROPS.....	76
<i>clozapine</i> .....	37	CYSTAGON.....	59
COARTEM TAB 20-120MG.....	7	CYSTARAN.....	76
COBENFY CAP 100-20MG.....	37	<i>cytarabine</i> .....	14
COBENFY CAP 125-30MG.....	37	<b>D</b>	
COBENFY CAP 50-20MG.....	37	D10W/NACL INJ 0.2%.....	72
COBENFY STRT CAP PACK.....	37	D2.5W/NACL INJ 0.45%.....	72
<i>colchicine</i> .....	2	<i>dabigatran etexilate mesylate</i> .....	65
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500</i>		<i>dalfampridine</i> .....	47
<i>mg</i> .....	2	<i>danazol</i> .....	49
<i>colesevelam hcl</i> .....	29	<i>dantrolene sodium</i> .....	48
<i>colestipol hcl</i> .....	29	DANZITEN.....	18
<i>colistimethate sodium</i> .....	4	<i>dapsone</i> .....	4
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%.....	75	DAPTACEL INJ.....	70
COMBIVENT AER 20-100.....	77	<i>daptomycin</i> .....	4
COMETRIQ (60MG DOSE).....	18	DAPTOMYCIN.....	4
COMETRIQ KIT 100MG.....	18	<i>darunavir</i> .....	7
COMETRIQ KIT 140MG.....	18	<i>dasatinib</i> .....	18
COMPLERA TAB.....	8	<i>dasetta 1/35</i> .....	54
<i>compro</i> .....	61	<i>dasetta 7/7/7</i> .....	54
<i>constulose</i> .....	63	DAURISMO.....	18
COPAXONE.....	47	DAYVIGO.....	45
COPIKTRA.....	18	<i>deblitane</i> .....	54
CORLANOR.....	32	<i>deferasirox</i> .....	53
COSENTYX.....	67	DELSTRIGO TAB.....	8
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	67	DENGVAXIA SUS.....	70
COSENTYX UNOREADY.....	67	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	54
COTELLIC.....	18	<i>depo-testosterone</i> .....	49
CREON CAP 12000UNT.....	63	DESCOVY TAB 120-15MG.....	8
CREON CAP 24000UNT.....	63	DESCOVY TAB 200/25MG.....	8
CREON CAP 3000UNIT.....	63	<i>desipramine hcl</i> .....	34
CREON CAP 36000UNT.....	63	<i>desmopressin acetate</i> .....	59
CREON CAP 6000UNIT.....	63	<i>desmopressin acetate spray</i> .....	59
<i>cromolyn sodium</i> .....	78	<i>desmopressin acetate spray</i>	
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> .....	63	<i>refrigerated</i> .....	59
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> .....	75	<i>desogest-eth estrad &amp; eth estrad tab</i>	
<i>cryselle-28</i> .....	54	<i>0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i> .....	54
<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	48	<i>desvenlafaxine succinate</i> .....	34
<i>cyclophosphamide</i> .....	13, 14	<i>dexamethasone</i> .....	58

DEXAMETHASONE INTENSOL.....	58	<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i>	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> ...	58	0.025 mg .....	63
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>		<i>dipyridamole</i> .....	66
( <i>ophth</i> ) .....	75	<i>disopyramide phosphate</i> .....	28
<i>dexmethylphenidate hcl</i> .....	45	<i>disulfiram</i> .....	48
<i>dextrose</i> .....	74	<i>divalproex sodium</i> .....	41
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride</i>		<i>docetaxel</i> .....	16
0.45% .....	72	DOCETAXEL .....	16
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride</i>		DOCIVYX .....	16
0.45% .....	72	<i>dofetilide</i> .....	28
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i> .....	72	<i>donepezil hydrochloride</i> .....	33
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>		DOPTELET .....	66
.....	72	<i>dorzolamide hcl</i> .....	76
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i>		<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth</i>	
0.225% .....	72	<i>soln 2-0.5%</i> .....	76
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>		<i>dotti</i> .....	57
.....	72	DOVATO TAB 50-300MG .....	8
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>		<i>doxazosin mesylate</i> .....	27
.....	72	<i>doxepin hcl</i> .....	34
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>		<i>doxepin hcl (sleep)</i> .....	45
.....	72	<i>doxorubicin hcl</i> .....	16
DIACOMIT .....	40	<i>doxorubicin hcl liposomal</i> .....	16
<i>diazepam</i> .....	41	<i>doxy 100</i> .....	13
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> .....	41	<i>doxycycline (monohydrate)</i> .....	13
<i>diazepam inj</i> .....	41	<i>doxycycline hyclate</i> .....	13
<i>diazepam intensol</i> .....	41	DRIZALMA SPRINKLE .....	34
<i>diazoxide</i> .....	59	<i>dronabinol</i> .....	61
<i>diclofenac potassium</i> .....	2	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-</i>	
<i>diclofenac sodium</i> .....	2	0.02 mg .....	54
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> .....	75	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-</i>	
<i>diclofenac sodium (topical)</i> .....	84	0.03 mg .....	54
<i>dicloxacillin sodium</i> .....	12	<i>droxidopa</i> .....	32
<i>dicyclomine hcl</i> .....	62	DULERA AER 100-5MCG .....	81
DIFICID .....	11	DULERA AER 200-5MCG .....	81
<i>diflunisal</i> .....	2	DULERA AER 50-5MCG .....	80
<i>digoxin</i> .....	32	<i>duloxetine hcl</i> .....	34
<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	46	DUPIXENT .....	67
DILANTIN .....	41	<i>dutasteride</i> .....	64
<i>diltiazem hcl</i> .....	31	<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4</i>	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> .....	31	mg .....	64
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	31	<b>E</b>	
<i>dilt-xr</i> .....	31	<i>e.e.s. 400</i> .....	11
DIP/TET PED INJ 25-5LFU .....	70	<i>econazole nitrate</i> .....	82
<i>diphenhydramine hcl</i> .....	77	EDURANT .....	7
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025</i>		<i>efavirenz</i> .....	7
mg/5ml .....	63	<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab</i>	
		600-200-300 mg .....	8

<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i> 400-300-300 mg.....	8	ENTRESTO TAB 97-103MG .....	27
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i> 600-300-300 mg.....	8	<i>enulose</i> .....	63
ELIGARD.....	15	EPCLUSA PAK 150-37.5 .....	9
<i>elinest</i> .....	54	EPCLUSA PAK 200-50MG .....	9
ELIQUIS .....	65	EPCLUSA TAB 200-50MG .....	9
ELIQUIS STARTER PACK .....	65	EPCLUSA TAB 400-100 .....	9
<i>eluryng</i> .....	54	EPIDIOLEX .....	41
EMGALITY .....	46	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> .....	32, 78
EMSAM .....	34	<i>epitol</i> .....	41
<i>emtricitabine</i> .....	7	<i>eplerenone</i> .....	27
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 100-150 mg</i> .....	8	EPRONTIA .....	41
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 133-200 mg</i> .....	8	<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i> .....	46
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 167-250 mg</i> .....	8	ERIVEDGE.....	18
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 200-300 mg</i> .....	9	ERLEADA .....	15
EMTRIVA .....	7	<i>erlotinib hcl</i> .....	18
EMVERM .....	4	<i>errin</i> .....	54
<i>emzahh</i> .....	54	<i>ertapenem sodium</i> .....	4
<i>enalapril maleate</i> .....	26	<i>ery</i> .....	81
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide</i> <i>tab 10-25 mg</i> .....	26	<i>ery-tab</i> .....	11
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide</i> <i>tab 5-12.5 mg</i> .....	26	ERYTHROCIN LACTOBIONATE .....	11
ENBREL .....	67	<i>erythromycin (acne aid)</i> .....	81
ENBREL MINI.....	67	<i>erythromycin (ophth)</i> .....	74
ENBREL SURECLICK .....	67	<i>erythromycin base</i> .....	11
<i>endocet tab 10-325mg</i> .....	3	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	11
<i>endocet tab 2.5-325mg</i> .....	3	<i>erythromycin lactobionate</i> .....	11
<i>endocet tab 5-325mg</i> .....	3	<i>escitalopram oxalate</i> .....	34, 35
<i>endocet tab 7.5-325mg</i> .....	3	<i>esomeprazole magnesium</i> .....	64
ENGERIX-B .....	71	<i>estarylla</i> .....	54
<i>enilloring</i> .....	54	<i>estradiol</i> .....	57
<i>enoxaparin sodium</i> .....	65	<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab</i> <i>0.5-0.1 mg</i> .....	57
<i>enpresse-28</i> .....	54	<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab</i> <i>1-0.5 mg</i> .....	58
<i>enskyce</i> .....	54	<i>estradiol vaginal</i> .....	58
ENSTILAR AER.....	82	<i>estradiol valerate</i> .....	58
<i>entacapone</i> .....	36	<i>ethambutol hcl</i> .....	9
<i>entecavir</i> .....	9	<i>ethosuximide</i> .....	41
ENTRESTO CAP 15-16MG .....	27	<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol</i> <i>tab 1 mg-35 mcg</i> .....	54
ENTRESTO CAP 6-6MG.....	27	<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol</i> <i>tab 1 mg-50 mcg</i> .....	54
ENTRESTO TAB 24-26MG .....	27	<i>etodolac</i> .....	2
ENTRESTO TAB 49-51MG .....	27	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring</i> <i>0.12-0.015 mg/24hr</i> .....	54
		<i>etoposide</i> .....	16
		<i>etravirine</i> .....	7

EULEXIN .....	15	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200</i>	
<i>euthyrox</i> .....	60	<i>mg/100ml</i> .....	6
<i>everolimus</i> .....	18	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400</i>	
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> .....	70	<i>mg/200ml</i> .....	6
EVOTAZ TAB 300-150 .....	9	<i>flucytosine</i> .....	6
<i>exemestane</i> .....	15	<i>fludrocortisone acetate</i> .....	58
EYSUVIS .....	76	<i>flunisolide (nasal)</i> .....	80
<i>ezetimibe</i> .....	29	<i>fluocinolone acetonide</i> .....	83
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i> .....	29	<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> .....	76
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i> .....	29	<i>fluocinonide</i> .....	83
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i> .....	29	<i>fluocinonide emulsified base</i> .....	83
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i> .....	29	<i>fluorometholone (ophth)</i> .....	75
<b>F</b>		<i>fluorouracil</i> .....	14
FABRAZYME .....	59	<i>fluorouracil (topical)</i> .....	84
<i>falmina</i> .....	54	<i>fluoxetine hcl</i> .....	35
<i>famciclovir</i> .....	9	<i>fluphenazine decanoate</i> .....	38
<i>famotidine</i> .....	62	<i>fluphenazine hcl</i> .....	38
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20</i>		<i>flurbiprofen</i> .....	2
<i>mg/50ml</i> .....	62	<i>flurbiprofen sodium</i> .....	75
FANAPT .....	38	<i>fluticasone propionate</i> .....	83
FANAPT PAK .....	38	<i>fluticasone propionate (nasal)</i> .....	80
FARXIGA .....	49	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>	
FASENRA .....	78	<i>100-50 mcg/act</i> .....	81
FASENRA PEN .....	78	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>	
<i>feirza 1/20</i> .....	54	<i>250-50 mcg/act</i> .....	81
<i>feirza 1.5/30</i> .....	54	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>	
<i>felbamate</i> .....	41	<i>500-50 mcg/act</i> .....	81
<i>felodipine</i> .....	31	<i>fluvoxamine maleate</i> .....	33
<i>fenofibrate</i> .....	29	<i>fondaparinux sodium</i> .....	65
<i>fenofibrate micronized</i> .....	29	<i>fosamprenavir calcium</i> .....	7
<i>fentanyl</i> .....	2	<i>fosinopril sodium</i> .....	26
FETZIMA .....	35	<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide</i>	
FETZIMA CAP TITRATIO .....	35	<i>tab 10-12.5 mg</i> .....	26
FIASP .....	51	<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide</i>	
FIASP FLEXTOUCH .....	51	<i>tab 20-12.5 mg</i> .....	26
FIASP PENFILL .....	51	FOTIVDA .....	18
FIASP PUMPCART .....	51	FRINDOVYX .....	14
<i>finasteride</i> .....	64	FRUZAQLA .....	18
<i>fingolimod hcl</i> .....	47	FULPHILA .....	65
FINTEPLA .....	41	<i>fulvestrant</i> .....	15
FIRMAGON .....	15	<i>furosemide</i> .....	31
<i>flac</i> .....	76	<i>furosemide inj</i> .....	31
FLAREX .....	75	FUZEON .....	7
FLEBOGAMMA DIF .....	69	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i> .....	58
<i>flecainide acetate</i> .....	29	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i> .....	58
<i>fluconazole</i> .....	6	FYCOMPA .....	41

<b>G</b>	
<i>gabapentin</i> .....	41
<i>galantamine hydrobromide</i> .....	33
<i>gallifrey</i> .....	60
GAMASTAN INJ.....	69
GAMMAGARD LIQUID.....	69
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH.....	69
GAMMAKED.....	69
GAMMAPLEX.....	69
GAMUNEX-C.....	69
<i>ganciclovir sodium</i> .....	9
GARDASIL 9 INJ.....	71
<i>gatifloxacin (ophth)</i> .....	74
GATTEX.....	63
GAUZE PADS 2.....	51
<i>gavilyte-c</i> .....	63
<i>gavilyte-g</i> .....	63
<i>gavilyte-n/flavor pack</i> .....	63
GAVRETO.....	18
<i>gefitinib</i> .....	19
<i>gemcitabine hcl</i> .....	14
<i>gemfibrozil</i> .....	29
<i>generlac</i> .....	63
<i>gengraf</i> .....	70
GENOTROPIN.....	59
GENOTROPIN MINIQUICK.....	59
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i> .....	4
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i> .....	4
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i> .....	5
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i> .....	4
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i> .....	5
<i>gentamicin sulfate</i> .....	5
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> .....	74
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> .....	81
GENVOYA TAB.....	9
GILOTRIF.....	19
<i>glatiramer acetate</i> .....	47
<i>glatopa</i> .....	47
GLEOSTINE.....	14
<i>glimepiride</i> .....	49
<i>glipizide</i> .....	49
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i> .....	49
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i> .....	49
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	49
<i>glipizide xl</i> .....	49
<i>glycopyrrolate</i> .....	62
<i>glydo</i> .....	83
GLYXAMBI TAB 10-5 MG.....	49
GLYXAMBI TAB 25-5 MG.....	49
<i>granisetron hcl</i> .....	61
<i>griseofulvin microsize</i> .....	6
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	6
<i>guanfacine hcl</i> .....	32
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> .....	45
<b>H</b>	
HAEGARDA.....	66
<i>hailey 1.5/30</i> .....	54
<i>halobetasol propionate</i> .....	83
<i>haloette</i> .....	54
<i>haloperidol</i> .....	38
<i>haloperidol decanoate</i> .....	38
<i>haloperidol lactate</i> .....	38
HARVONI PAK 33.75-150MG.....	10
HARVONI PAK 45-200MG.....	10
HARVONI TAB 45-200MG.....	10
HARVONI TAB 90-400MG.....	10
HAVRIX.....	71
<i>heather</i> .....	54
<i>heparin sodium (porcine)</i> .....	65
HEPLISAV-B.....	71
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT.....	65
HERCEP HYLEC SOL 60-10000.....	19
HERCEPTIN.....	19
HERZUMA.....	19
HIBERIX.....	71
HUMIRA.....	67
HUMIRA PEN.....	67
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START.....	68
HUMIRA PEN KIT PS/UV.....	67
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S.....	68
HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....	51
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	51
<i>hydralazine hcl</i> .....	32
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	32
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5- 325 mg/15ml</i> .....	3
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10- 325 mg</i> .....	3
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i> .....	3
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5- 325 mg</i> .....	3



<i>hydrocodone bitartrate</i> .....	2	INREBIC .....	19
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i> .....	3	INSULIN PEN NEEDLES: BD-EMBECTA .....	51
<i>hydrocortisone</i> .....	58	INSULIN SAFETY NEEDLES: BD- EMBECTA .....	51
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> .....	62	INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA ...	51
<i>hydrocortisone (rectal)</i> .....	84	INTELENCE .....	7
<i>hydrocortisone (topical)</i> .....	83	INTRALIPID .....	74
<i>hydrocortisone sod succinate</i> .....	58	<i>introvale</i> .....	55
<i>hydrocortisone valerate</i> .....	83	INVEGA HAFYERA.....	38
<i>hydromorphone hcl</i> .....	3	INVEGA SUSTENNA .....	38
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....	69	INVEGA TRINZA.....	38
<i>hydroxyurea</i> .....	16	IPOL INJ INACTIVE.....	71
<i>hydroxyzine hcl</i> .....	77	<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5- 2.5(3) mg/3ml</i> .....	77
<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	77	<i>ipratropium bromide</i> .....	77
<b>I</b>		<i>ipratropium bromide (nasal)</i> .....	77
<i>ibandronate sodium</i> .....	53	<i>irbesartan</i> .....	28
IBRANCE.....	19	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i> .....	27
<i>ibu</i> .....	2	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i> .....	27
<i>ibuprofen</i> .....	2	<i>irinotecan hcl</i> .....	16
<i>icatibant acetate</i> .....	66	ISENTRESS .....	7
<i>iclevia</i> .....	54	ISENTRESS HD .....	7
ICLUSIG .....	19	<i>isibloom</i> .....	55
IDACIO (2 PEN) .....	68	ISOLYTE-P INJ /D5W .....	72
IDACIO (2 SYRINGE) .....	68	ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	72
IDACIO CROHN INJ DISEASE.....	68	<i>isoniazid</i> .....	9
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS.....	68	<i>isosorbide dinitrate</i> .....	32
IDHIFA .....	19	<i>isosorbide mononitrate</i> .....	33
<i>imatinib mesylate</i> .....	19	<i>isotretinoin</i> .....	81
IMBRUVICA .....	19	ITOVEBI .....	19
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i> .....	5	<i>itraconazole</i> .....	6
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i> .....	5	<i>ivabradine hcl</i> .....	32
<i>imipramine hcl</i> .....	35	<i>ivermectin</i> .....	5
<i>imiquimod</i> .....	84	IWILFIN .....	16
IMKELDI .....	19	IXCHIQ INJ .....	71
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) .....	71	IXIARO INJ.....	71
IMPAVIDO.....	5	<b>J</b>	
INBRIJA.....	36	JAKAFI .....	19
<i>incassia</i> .....	55	<i>jantoven</i> .....	65
INCRELEX .....	59	JANUMET TAB 50-1000 .....	49
INCRUSE ELLIPTA .....	77	JANUMET TAB 50-500MG .....	49
<i>indapamide</i> .....	32	JANUMET XR TAB 100-1000.....	49
INFANRIX INJ .....	71	JANUMET XR TAB 50-1000 .....	49
INFLIXIMAB.....	68	JANUMET XR TAB 50-500MG.....	49
INLYTA .....	19		
INQOVI TAB 35-100MG.....	14		

JANUVIA .....	49	<i>kelnor 1/35</i> .....	55
JARDIANCE .....	49	<i>kelnor 1/50</i> .....	55
<i>jasmiel</i> .....	55	KERENDIA.....	27
<i>javygtor</i> .....	59	KESIMPTA .....	47
JAYPIRCA .....	19, 20	<i>ketoconazole</i> .....	6
JENTADUETO TAB 2.5-1000.....	50	<i>ketoconazole (topical)</i> .....	82
JENTADUETO TAB 2.5-500 .....	49	<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> .....	75
JENTADUETO TAB 2.5-850 .....	49	KEYTRUDA .....	20
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG ...	50	KINRIX INJ.....	71
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG .....	50	<i>kionex</i> .....	53
<i>jinteli</i> .....	58	KISQALI 200 DOSE .....	20
<i>jolessa</i> .....	55	KISQALI 200 PAK FEMARA.....	20
<i>juleber</i> .....	55	KISQALI 400 DOSE .....	20
JULUCA TAB 50-25MG .....	9	KISQALI 400 PAK FEMARA.....	20
<i>junel 1/20</i> .....	55	KISQALI 600 DOSE .....	20
<i>junel 1.5/30</i> .....	55	KISQALI 600 PAK FEMARA.....	20
<i>junel fe 1/20</i> .....	55	<i>klayesta</i> .....	82
<i>junel fe 1.5/30</i> .....	55	<i>klor-con</i> .....	73
JYLAMVO .....	69	<i>klor-con 10</i> .....	73
JYNNEOS .....	71	<i>klor-con 8</i> .....	73
<b>K</b>		<i>klor-con m10</i> .....	73
KADCYLA .....	20	<i>klor-con m15</i> .....	73
KALYDECO.....	78, 79	<i>klor-con m20</i> .....	73
KANJINTI .....	20	KOSELUGO.....	20
<i>kariva</i> .....	55	<i>kourzeq</i> .....	85
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....	72	KRAZATI.....	20
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5%</i> <i>&amp; nacl 0.45% inj</i> .....	72	<i>kurvelo</i> .....	55
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45%</i> <i>inj</i> .....	72	<b>L</b>	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp;</i> <i>nacl 0.2% inj</i> .....	72	<i>labetalol hcl</i> .....	30
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp;</i> <i>nacl 0.45% inj</i> .....	72	<i>lacosamide</i> .....	42
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp;</i> <i>nacl 0.9% inj</i> .....	72	<i>lacosamide oral</i> .....	42
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i> .....	72	<i>lactated ringer's solution</i> .....	72
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i> .....	72	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> .....	84
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5%</i> <i>&amp; nacl 0.45% inj</i> .....	72	<i>lactulose</i> .....	63
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp;</i> <i>nacl 0.45% inj</i> .....	72	<i>lactulose (encephalopathy)</i> .....	63
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp;</i> <i>nacl 0.9% inj</i> .....	72	<i>lamivudine</i> .....	7
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> 72		<i>lamivudine (hbv)</i> .....	10
		<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i> .....	9
		<i>lamotrigine</i> .....	42
		<i>lanreotide acetate</i> .....	59
		<i>lansoprazole</i> .....	64
		<i>lapatinib ditosylate</i> .....	20
		<i>larin 1/20</i> .....	55
		<i>larin 1.5/30</i> .....	55
		<i>larin fe 1/20</i> .....	55
		<i>larin fe 1.5/30</i> .....	55

<i>latanoprost</i> .....	76	<i>levothyroxine sodium</i> .....	60
LAZCLUZE.....	20	<i>levoxyl</i> .....	61
<i>leflunomide</i> .....	69	<i>l-glutamine (sickle cell)</i> .....	66
<i>lenalidomide</i> .....	15, 16	LIBERVANT .....	42
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE .....	20	<i>lidocaine</i> .....	83
LENVIMA 12MG DAILY DOSE .....	20	<i>lidocaine hcl</i> .....	84
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE .....	20	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> .....	2
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE .....	20	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> .....	85
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE .....	20	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i> .....	84
LENVIMA CAP 14 MG .....	20	<i>lidocan</i> .....	84
LENVIMA CAP 18 MG .....	20	LILETTA.....	55
LENVIMA CAP 24 MG .....	21	<i>linezolid</i> .....	5
<i>lessina</i> .....	55	LINEZOLID INJ 2MG/ML.....	5
<i>letrozole</i> .....	15	LINZESS .....	63
<i>leucovorin calcium</i> .....	25	<i>liothyronine sodium</i> .....	61
LEUKERAN .....	14	<i>lisinopril</i> .....	26
<i>leuprolide acetate</i> .....	15	<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....	26
<i>levabuterol tartrate</i> .....	78	<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....	26
<i>levetiracetam</i> .....	42	<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> .....	26
LEVETIRACETAM .....	42	<i>lithium</i> .....	47
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i> .....	42	<i>lithium carbonate</i> .....	47
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i> .....	42	LIVTENCITY.....	10
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i> .....	42	<i>loestrin 1/20-21</i> .....	55
<i>levobunolol hcl</i> .....	76	<i>loestrin 1.5/30-21</i> .....	55
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> ...59		<i>loestrin fe 1/20</i> .....	55
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....	77	<i>loestrin fe 1.5/30</i> .....	55
<i>levofloxacin</i> .....	11	LOKELMA .....	53
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i> .....	11	LONSURF TAB 15-6.14.....	14
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i> .....	11	LONSURF TAB 20-8.19.....	14
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i> .....	11	<i>loperamide hcl</i> .....	63
<i>levonest</i> .....	55	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i> .....	9
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i> .....	55	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i> .....	9
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i> .....	55	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i> .....	9
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i> .....	55	<i>lorazepam</i> .....	33
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i> .....	55	<i>lorazepam intensol</i> .....	33
<i>levora 0.15/30-28</i> .....	55	LORBRENA .....	21
<i>levo-t</i> .....	60	<i>loryna</i> .....	55
		<i>losartan potassium</i> .....	28
		<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> .....	27
		<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> 27	

<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	27	<i>megestrol acetate</i>	15, 60
LOTEMAX	75	<i>megestrol acetate (appetite)</i>	60
<i>loteprednol etabonate</i>	75	MEKINIST	21
<i>lovastatin</i>	29	MEKTOVI	21
<i>low-ogestrel</i>	55	<i>meloxicam</i>	2
<i>loxapine succinate</i>	38	<i>memantine hcl</i>	33
LUMAKRAS	21	<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg</i>	34
LUMIGAN	76	<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg</i>	34
LUMIZYME	59	<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg</i>	34
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	15	MENACTRA INJ	71
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	15	MENQUADFI INJ	71
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	59	MENVEO INJ	71
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	59	MENVEO SOL	71
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	59	<i>mercaptapurine</i>	14
<i>lurasidone hcl</i>	38	<i>meropenem</i>	5
<i>lutea</i>	55	<i>mesalamine</i>	62
LYBALVI TAB 10-10MG	38	<i>mesalamine w/ cleanser</i>	62
LYBALVI TAB 15-10MG	38	<i>mesna</i>	25
LYBALVI TAB 20-10MG	38	MESNEX	25
LYBALVI TAB 5-10MG	38	<i>metformin hcl</i>	50
<i>lyleq</i>	55	<i>methadone hcl</i>	3
<i>lyllana</i>	58	<i>methadone hydrochloride i</i>	3
LYNPARZA	21	<i>methazolamide</i>	32
LYSODREN	15	<i>methenamine hippurate</i>	5
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	21	<i>methimazole</i>	61
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	21	<i>methotrexate sodium</i>	14, 69
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	21	<i>methsuximide</i>	42
<i>lyza</i>	55	<i>methylphenidate hcl</i>	45
<b>M</b>		<i>methylprednisolone</i>	58
<i>magnesium sulfate</i>	73	<i>methylprednisolone acetate</i>	58
MAGNESIUM SULFATE	72	<i>methylprednisolone sod succ</i>	58
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	73	<i>methyltestosterone</i>	49
<i>malathion</i>	84	<i>metoclopramide hcl</i>	61
<i>maraviroc</i>	7	<i>metolazone</i>	32
<i>marlissa</i>	55	<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	30
MARPLAN	35	<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	30
MATULANE	16	<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	30
MAVYRET PAK 50-20MG	10	<i>metoprolol succinate</i>	30
MAVYRET TAB 100-40MG	10	<i>metoprolol tartrate</i>	30
<i>meclizine hcl</i>	61	<i>metronidazole</i>	5
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	60	<i>metronidazole (topical)</i>	84
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>	55		
<i>mefloquine hcl</i>	7		

<i>metronidazole vaginal</i> .....	65	<i>naloxone hcl</i> .....	48
<i>metyrosine</i> .....	32	<i>naltrexone hcl</i> .....	48
<i>micafungin sodium</i> .....	6	NAMZARIC CAP 14-10MG .....	34
<i>microgestin 1/20</i> .....	56	NAMZARIC CAP 21-10MG .....	34
<i>microgestin 1.5/30</i> .....	56	NAMZARIC CAP 28-10MG .....	34
<i>microgestin fe 1/20</i> .....	56	NAMZARIC CAP 7-10MG.....	34
<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....	56	NAMZARIC CAP PACK .....	34
<i>midodrine hcl</i> .....	32	<i>naproxen</i> .....	2
MIEBO .....	76	<i>naproxen dr</i> .....	2
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> .....	59	<i>naproxen sodium</i> .....	2
<i>mili</i> .....	56	<i>naratriptan hcl</i> .....	46
<i>mimvey</i> .....	58	<i>nateglinide</i> .....	50
<i>minocycline hcl</i> .....	13	NAYZILAM.....	42
<i>minoxidil</i> .....	32	<i>nebivolol hcl</i> .....	30
<i>mirtazapine</i> .....	35	<i>necon 0.5/35-28</i> .....	56
<i>misoprostol</i> .....	63	<i>nefazodone hcl</i> .....	35
MITIGARE.....	2	<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx</i> <i>5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i> 75	
M-M-R II INJ .....	71	<i>neomycin-polymy-gramicid op sol</i> <i>1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i> ..75	
M-NATAL PLUS TAB.....	73	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> <i>ophth oint 0.1%</i> .....	74
<i>modafinil</i> .....	48	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> <i>ophth susp 0.1%</i> .....	74
<i>moexipril hcl</i> .....	26	<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i> ..74	
<i>molindone hcl</i> .....	38	<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i> 76	
<i>mometasone furoate</i> .....	83	<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5</i> <i>mg/ml-10000 unit/ml-1%</i> .....	76
MONJUVI .....	21	<i>neomycin sulfate</i> .....	5
<i>mono-linyah</i> .....	56	<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-</i> <i>10000unt op oin</i> .....	75
<i>montelukast sodium</i> .....	78	<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i> .....	74
<i>morphine sulfate</i> .....	3	NERLYNX .....	21
MOUNJARO .....	50	<i>nevirapine</i> .....	7
MOVANTIK .....	63	NEXLETOL.....	29
<i>moxifloxacin hcl</i> .....	12	NEXLIZET TAB 180/10MG.....	30
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> .....	75	NEXPLANON .....	56
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in</i> <i>sodium chloride 0.8% inj</i> .....	12	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> .....	30
MRESVIA .....	71	<i>nicardipine hcl</i> .....	31
MULTAQ.....	29	NICOTROL INHALER .....	48
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i> .....	73	NICOTROL NS.....	48
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i> .....	73	<i>nifedipine</i> .....	31
<i>mupirocin</i> .....	81	<i>nikki</i> .....	56
<i>mycophenolate mofetil</i> .....	70	<i>nilutamide</i> .....	15
<i>mycophenolate sodium</i> .....	70	<i>nimodipine</i> .....	31
MYRBETRIQ.....	64	NINLARO .....	21
<b>N</b>		<i>nitazoxanide</i> .....	5
<i>nabumetone</i> .....	2		
<i>nadolol</i> .....	30		
<i>nafcillin sodium</i> .....	12		
NAGLAZYME .....	60		
<i>nalbuphine hcl</i> .....	3		

<i>nitisinone</i> .....	60	NOVOLOG PENFILL .....	52
NITRO-BID .....	33	NUBEQA .....	15
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	5	NUEDEXTA CAP 20-10MG .....	47
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> .....	5	NULOJIX .....	70
<i>nitroglycerin</i> .....	33	NUPLAZID .....	38
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> .....	84	NURTEC .....	46
<i>nizatidine</i> .....	62	NUTRILIPID .....	74
<i>nora-be</i> .....	56	NUZYRA .....	13
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td</i> <i>ptwk 150-35 mcg/24hr</i> .....	56	<i>nyamyc</i> .....	82
<i>norethindrone (contraceptive)</i> .....	56	<i>nylia 1/35</i> .....	56
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol-fe</i> <i>tab 1 mg-20 mcg</i> .....	56	<i>nylia 7/7/7</i> .....	56
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol</i> <i>tab 1.5 mg-30 mcg</i> .....	56	<i>nystatin</i> .....	6
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol</i> <i>tab 1 mg-20 mcg</i> .....	56	<i>nystatin (mouth-throat)</i> .....	85
<i>norethindrone acetate</i> .....	60	<i>nystatin (topical)</i> .....	82
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> <i>tab 0.5 mg-2.5 mcg</i> .....	58	<i>nystop</i> .....	82
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> <i>tab 1 mg-5 mcg</i> .....	58	●	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab</i> <i>1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i> .....	56	<i>ocella</i> .....	56
<i>norgestimate &amp; ethinyl estradiol tab</i> <i>0.25 mg-35 mcg</i> .....	56	OCTAGAM .....	69
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i> <i>25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i> .....	56	<i>octreotide acetate</i> .....	60
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i> <i>35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i> .....	56	ODEFSEY TAB .....	9
<i>norlyroc</i> .....	56	ODOMZO .....	21
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	56	OFEV .....	79
<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	56	<i>ofloxacin (ophth)</i> .....	75
<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	56	<i>ofloxacin (otic)</i> .....	76
<i>nortrel 7/7/7</i> .....	56	OGIVRI .....	21
<i>nortriptyline hcl</i> .....	35	OGSIVEO .....	21
NORVIR .....	7	OJEMDA .....	21
NOVOLIN INJ 70/30 .....	51	OJJAARA .....	22
NOVOLIN INJ 70/30 FP .....	51	<i>olanzapine</i> .....	38, 39
NOVOLIN N .....	51	<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5</i> <i>mg</i> .....	28
NOVOLIN N FLEXPEN .....	51	<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5</i> <i>mg</i> .....	28
NOVOLIN R .....	52	<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i> .....	28
NOVOLIN R FLEXPEN .....	52	<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5</i> <i>mg</i> .....	28
NOVOLOG .....	52	<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i> .....	28
NOVOLOG FLEXPEN .....	52	<i>olmesartan medoxomil</i> .....	28
NOVOLOG MIX INJ 70/30 .....	52		
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN .....	52		

<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....	27	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5- 325 mg</i> .....	3
<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> .....	28	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5- 325 mg</i> .....	4
<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	.28	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5- 325 mg</i> .....	4
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	.30	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) ....	50
<i>omeprazole</i> .....	64	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)....	50
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6 .....	52	OZEMPIC (1MG/DOSE) .....	50
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6.....	52	OZEMPIC (2MG/DOSE) .....	50
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO .....	52	<b>P</b>	
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS.....	52	<i>pacerone</i> .....	29
OMNIPOD 5 LB KIT INTRO G6.....	52	<i>paclitaxel</i> .....	16
OMNIPOD 5 LB MIS PODS G6 .....	52	<i>paclitaxel inj 100mg</i> .....	16
OMNIPOD DASH KIT INTRO .....	52	<i>paliperidone</i> .....	39
OMNIPOD DASH MIS PODS .....	52	<i>pamidronate disodium</i> .....	53
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY .....	52	PAMIDRONATE DISODIUM.....	53
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY .....	52	PANRETIN .....	84
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY .....	52	<i>pantoprazole sodium</i> .....	64
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY .....	52	PANZYGA .....	69
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY .....	52	<i>paricalcitol</i> .....	61
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY .....	52	<i>paroxetine hcl</i> .....	35
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY .....	52	PAXLOVID TAB 150-100.....	10
OMNIPOD MIS CLASSIC .....	52	PAXLOVID TAB 300-100.....	10
<i>ondansetron</i> .....	61	<i>pazopanib hcl</i> .....	22
<i>ondansetron hcl</i> .....	61	PEDIARIX INJ 0.5ML.....	71
ONTRUZANT.....	22	PEDVAX HIB .....	71
ONUREG .....	14	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i> .....	63
OPIPZA.....	39	<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i> .....	63
OPSUMIT .....	33	PEGASYS .....	10
ORGOVYX .....	15	PEMAZYRE .....	22
ORKAMBI GRA 100-125 .....	79	<i>pemetrexed disodium</i> .....	14
ORKAMBI GRA 150-188 .....	79	PENBRAYA INJ.....	71
ORKAMBI GRA 75-94MG .....	79	<i>penicillamine</i> .....	53
ORKAMBI TAB 100-125.....	79	<i>penicillin g potassium</i> .....	12
ORKAMBI TAB 200-125.....	79	<i>penicillin g sodium</i> .....	12
ORSERDU .....	15	<i>penicillin v potassium</i> .....	13
<i>oseltamivir phosphate</i> .....	10	PENTACEL INJ .....	71
<i>oxacillin sodium</i> .....	12	<i>pentamidine isethionate inh</i> .....	5
<i>oxaliplatin</i> .....	14	<i>pentamidine isethionate inj</i> .....	5
<i>oxcarbazepine</i> .....	42	<i>pentoxifylline</i> .....	66
<i>oxybutynin chloride</i> .....	64	<i>perindopril erbumine</i> .....	26
<i>oxycodone hcl</i> .....	3	<i>perlogard</i> .....	85
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10- 325 mg</i> .....	4	<i>permethrin</i> .....	84
		<i>perphenazine</i> .....	39

<i>pfizerpen</i> .....	13	<i>potassium chloride</i> .....	73
<i>phenelzine sulfate</i> .....	35	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%)</i>	
<i>phenobarbital</i> .....	42	<i>in dextrose 5% inj</i> .....	73
<i>phenobarbital sodium</i> .....	42	<i>potassium chloride microencapsulated</i>	
<i>phenytek</i> .....	42	<i>crystals er</i> .....	73
<i>phenytoin</i> .....	42	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....	64
<i>phenytoin sodium</i> .....	42	POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ	
<i>phenytoin sodium extended</i> .....	42	.....	73
PHESGO SOL .....	22	POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	
<i>philith</i> .....	56	.....	73
PIFELTRO .....	7	POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	
<i>pilocarpine hcl</i> .....	76	.....	73
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> .....	85	<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	36
<i>pimecrolimus</i> .....	84	<i>prasugrel hcl</i> .....	66
<i>pimozide</i> .....	39	<i>pravastatin sodium</i> .....	29
<i>pimtrea</i> .....	56	<i>praziquantel</i> .....	5
<i>pindolol</i> .....	30	<i>prazosin hcl</i> .....	27
<i>pioglitazone hcl</i> .....	50	<i>prednisolone</i> .....	58
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-</i>		<i>prednisolone acetate (ophth)</i> .....	75
<i>500 mg</i> .....	50	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP .....	75
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-</i>		<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....	58
<i>850 mg</i> .....	50	<i>prednisone</i> .....	58
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj</i>		PREDNISONE INTENSOL .....	58
<i>3.375 gm (3-0.375 gm)</i> .....	13	<i>pregabalin</i> .....	42, 43
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>		PREMASOL SOL 10% .....	74
<i>13.5 gm (12-1.5 gm)</i> .....	13	PRENATAL TAB 27-1MG .....	73
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>		PRENATAL TAB PLUS .....	73
<i>2.25 gm (2-0.25 gm)</i> .....	13	<i>prevalite</i> .....	30
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>		PREVYMIS .....	10
<i>4.5 gm (4-0.5 gm)</i> .....	13	PREZCOBIX TAB 800-150 .....	9
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>		PREZISTA .....	7, 8
<i>40.5 gm (36-4.5 gm)</i> .....	13	PRIFTIN .....	9
PIQRAY 200MG DAILY DOSE .....	22	<i>primaquine phosphate</i> .....	7
PIQRAY 250MG TAB DOSE .....	22	PRIMAQUINE PHOSPHATE .....	7
PIQRAY 300MG DAILY DOSE .....	22	<i>primidone</i> .....	43
<i>pirfenidone</i> .....	79	PRIORIX INJ .....	71
<i>piroxicam</i> .....	2	PRIVIGEN .....	70
<i>plenamine</i> .....	74	<i>probenecid</i> .....	2
PLENVU SOL .....	63	<i>prochlorperazine</i> .....	61
<i>podofilox</i> .....	84	<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	61
<i>polycin ophth oint</i> .....	75	<i>prochlorperazine maleate</i> .....	61
<i>polymyxin b sulfate</i> .....	5	PROCRIT .....	66
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln</i>		<i>proctocort</i> .....	84
<i>10000 unit/ml-0.1%</i> .....	75	<i>procto-med hc</i> .....	84
POMALYST .....	16	<i>proctosol hc</i> .....	84
<i>portia-28</i> .....	56	<i>proctozone-hc</i> .....	84
<i>posaconazole</i> .....	6	<i>progesterone</i> .....	60



PROGRAF .....	70	REZLIDHIA.....	22
PROLASTIN-C .....	79	REZUROCK.....	70
PROLIA.....	53	RHOPRESSA .....	76
<i>promethazine hcl</i> .....	62	<i>ribavirin (hepatitis c)</i> .....	10
<i>propafenone hcl</i> .....	29	<i>rifabutin</i> .....	9
<i>proparacaine hcl</i> .....	76	<i>rifampin</i> .....	9
<i>propranolol hcl</i> .....	31	<i>riluzole</i> .....	47
<i>propylthiouracil</i> .....	61	<i>rimantadine hydrochloride</i> .....	10
PROQUAD INJ.....	71	RINVOQ.....	68
PROSOL INJ 20% .....	74	RINVOQ LQ.....	68
<i>protriptyline hcl</i> .....	35	<i>risperidone</i> .....	39
PULMOZYME .....	79	<i>risperidone microspheres</i> .....	39
PURIXAN.....	14	<i>ritonavir</i> .....	8
<i>pyrazinamide</i> .....	9	<i>rivaroxaban</i> .....	65
<i>pyridostigmine bromide</i> .....	47	<i>rivastigmine</i> .....	34
<i>pyrimethamine</i> .....	5	<i>rivastigmine tartrate</i> .....	34
<b>Q</b>		<i>rizatriptan benzoate</i> .....	46
QINLOCK .....	22	ROCKLATAN DRO .....	76
QUADRACEL INJ 0.5ML .....	71	<i>roflumilast</i> .....	79
<i>quetiapine fumarate</i> .....	39	<i>ropinirole hydrochloride</i> .....	36
<i>quinapril hcl</i> .....	26	<i>rosuvastatin calcium</i> .....	29
<i>quinidine sulfate</i> .....	29	ROTARIX SUS.....	71
<i>quinine sulfate</i> .....	7	ROTATEQ SOL .....	71
QULIPTA.....	46	<i>roweepra</i> .....	43
<b>R</b>		ROZLYTREK.....	22
RABAVERT INJ .....	71	RUBRACA.....	22
<i>raloxifene hcl</i> .....	60	<i>rufinamide</i> .....	43
<i>ramipril</i> .....	26	RUKOBIA .....	8
<i>ranolazine</i> .....	32	RYBELSUS.....	50
<i>rasagiline mesylate</i> .....	36	RYDAPT .....	22
<i>reclipsen</i> .....	56	<b>S</b>	
RECOMBIVAX HB .....	71	<i>sajazir</i> .....	66
REGRANEX.....	84	SANTYL .....	84
RELENZA DISKHALER .....	10	<i>sapropterin dihydrochloride</i> .....	60
RELISTOR .....	63	SCEMBLIX .....	22, 23
REMICADE .....	68	<i>scopolamine</i> .....	62
RENFLEXIS.....	68	SECUADO .....	39
<i>repaglinide</i> .....	50	<i>selegiline hcl</i> .....	36
REPATHA .....	30	<i>selenium sulfide</i> .....	82
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM .....	30	SELZENTRY.....	8
REPATHA SURECLICK .....	30	SEREVENT DISKUS.....	78
RESTASIS .....	76	<i>sertraline hcl</i> .....	35
RESTASIS MULTIDOSE.....	76	<i>setlakin</i> .....	56
RETEVMO.....	22	<i>sharobel</i> .....	56
REVUFORJ.....	22	SHINGRIX .....	71
REXULTI .....	39	SIGNIFOR .....	60
REYATAZ .....	8	SIKLOS.....	66

<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> .....	33	<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i> .....	74
<i>silver sulfadiazine</i> .....	81	<i>sulfadiazine</i> .....	5
SIMBRINZA SUS 1-0.2%.....	76	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i> .....	5
<i>simliya</i> .....	56	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i> .....	5
<i>simvastatin</i> .....	29	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i> .....	5
<i>sirolimus</i> .....	70	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i> .....	5
SIRTURO .....	9	SULFAMYLON .....	81
SKYRIZI.....	68	<i>sulfasalazine</i> .....	62
SKYRIZI PEN .....	68	<i>sulindac</i> .....	2
<i>sodium chloride</i> .....	73	<i>sumatriptan</i> .....	46
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> .....	85	<i>sumatriptan succinate</i> .....	46
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i> .....	73	<i>sunitinib malate</i> .....	23
SODIUM OXYBATE.....	48	SUNLENCA.....	8
<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	60	<i>syeda</i> .....	57
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i> .....	53	SYMDEKO TAB 100-150 .....	79
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i> .....	63	SYMDEKO TAB 50-75MG .....	79
<i>solifenacin succinate</i> .....	65	SYMPAZAN.....	43
SOLQUA INJ 100/33 .....	52	SYMTUZA TAB .....	9
SOLTAMOX.....	15	SYNAREL .....	60
SOLU-CORTEF .....	59	SYNJARDY TAB 12.5-1000MG .....	50
SOMATULINE DEPOT .....	60	SYNJARDY TAB 12.5-500.....	50
SOMAVERT.....	60	SYNJARDY TAB 5-1000MG.....	50
<i>sorafenib tosylate</i> .....	23	SYNJARDY TAB 5-500MG.....	50
<i>sotalol hcl</i> .....	29	SYNJARDY XR TAB 10-1000.....	50
<i>sotalol hcl (afib/af)</i> .....	29	SYNJARDY XR TAB 12.5-1000 .....	50
SOTYKTU .....	68	SYNJARDY XR TAB 25-1000.....	50
<i>spironolactone</i> .....	27	SYNJARDY XR TAB 5-1000MG .....	50
<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i> .....	32	SYNTHROID .....	61
<i>sprintec 28</i> .....	57	<b>T</b>	
SPRITAM.....	43	TABLOID.....	14
<i>sps</i> .....	53	TABRECTA.....	23
<i>sps rectal</i> .....	53	<i>tacrolimus</i> .....	70
<i>sronyx</i> .....	57	<i>tacrolimus (topical)</i> .....	84
<i>ssd</i> .....	81	<i>tadalafil</i> .....	64
STELARA.....	68	<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> ...	33
STIVARGA.....	23	TAFINLAR .....	23
<i>streptomycin sulfate</i> .....	5	TAGRISO .....	23
STRIBILD TAB .....	9	TALZENNA .....	23
<i>subvenite</i> .....	43	<i>tamoxifen citrate</i> .....	15
<i>sucralfate</i> .....	63	<i>tamsulosin hcl</i> .....	64
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .....	81	<i>tarina fe 1/20 eq</i> .....	57
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> .....	75	TASIGNA .....	23

<i>tasimelteon</i> .....	45	<i>tobramycin sulfate</i> .....	6
TAVNEOS .....	66	<i>tolterodine tartrate</i> .....	65
<i>tazarotene</i> .....	82	<i>topiramate</i> .....	43
<i>tazicef</i> .....	11	<i>toremifene citrate</i> .....	15
TAZORAC .....	82	<i>torpenz</i> .....	23
TAZVERIK .....	23	<i>torseamide</i> .....	32
TECENTRIQ .....	23	TOUJEO MAX SOLOSTAR .....	52
TECENTRIQ INJ HYBREZA .....	23	TOUJEO SOLOSTAR .....	53
TEFLARO .....	11	TPN ELECTROL INJ .....	73
<i>telmisartan</i> .....	28	TRADJENTA .....	50
<i>temazepam</i> .....	45	<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325</i> <i>mg</i> .....	4
TENIVAC INJ 5-2LF .....	71	<i>tramadol hcl</i> .....	4
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	8	<i>trandolapril</i> .....	26
TEPMETKO .....	23	<i>tranexamic acid</i> .....	66
<i>terazosin hcl</i> .....	27	<i>tranylcypromine sulfate</i> .....	35
<i>terbinafine hcl</i> .....	6	TRAVASOL INJ 10% .....	74
<i>terbutaline sulfate</i> .....	78	TRAZIMERA .....	23
<i>terconazole vaginal</i> .....	65	<i>trazodone hcl</i> .....	35
TERIPARATIDE .....	53	TRECATOR .....	9
<i>testosterone</i> .....	49	TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG .....	77
<i>testosterone cypionate</i> .....	49	TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG .....	77
<i>testosterone enanthate</i> .....	49	TREMFYA .....	68
<i>testosterone pump</i> .....	49	<i>treprostinil</i> .....	33
<i>tetrabenazine</i> .....	47	TRESIBA .....	53
<i>tetracycline hcl</i> .....	13	TRESIBA FLEXTOUCH .....	53
THALOMID .....	16	<i>tretinoin</i> .....	81
<i>theophylline</i> .....	79	<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .....	16
<i>thioridazine hcl</i> .....	39	<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> .....	85
<i>thiothixene</i> .....	39	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> .....	83
<i>tiadylt er</i> .....	31	<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide cap</i> <i>37.5-25 mg</i> .....	32
<i>tiagabine hcl</i> .....	43	<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab</i> <i>37.5-25 mg</i> .....	32
TIBSOVO .....	23	<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab</i> <i>75-50 mg</i> .....	32
TICOVAC .....	71	<i>tridacaine ii</i> .....	84
<i>tigecycline</i> .....	13	<i>triderm</i> .....	83
<i>tilia fe</i> .....	57	<i>trientine hcl</i> .....	53
<i>timolol maleate</i> .....	31	<i>tri-estarylla</i> .....	57
<i>timolol maleate (ophth)</i> .....	76	<i>trifluoperazine hcl</i> .....	40
<i>tinidazole</i> .....	5	<i>trifluridine</i> .....	75
TIVICAY .....	8	<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	36, 37
TIVICAY PD .....	8	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5- 1000MG .....	50
<i>tizanidine hcl</i> .....	48		
TOBI PODHALER .....	6		
TOBRADEX OIN 0.3-0.1% .....	74		
<i>tobramycin</i> .....	6		
<i>tobramycin (ophth)</i> .....	75		
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp</i> <i>0.3-0.1%</i> .....	74		

TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG .....	51	<i>unithroid</i> .....	61
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG .....	51	<i>ursodiol</i> .....	63
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG .....	50	<b>V</b>	
TRIKAFTA PAK 59.5MG .....	79	<i>valacyclovir hcl</i> .....	10
TRIKAFTA PAK 75MG .....	79	VALCHLOR .....	84
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG .....	79	<i>valganciclovir hcl</i> .....	10
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG .....	79	<i>valproate sodium</i> .....	43
<i>tri-legest fe</i> .....	57	<i>valproic acid</i> .....	43
<i>tri-linyah</i> .....	57	<i>valsartan</i> .....	28
<i>tri-lo-estarylla</i> .....	57	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i> .....	28
<i>tri-lo-marzia</i> .....	57	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i> .....	28
<i>tri-lo-mili</i> .....	57	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i> .....	28
<i>tri-lo-sprintec</i> .....	57	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i> .....	28
<i>trimethoprim</i> .....	6	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> .....	28
<i>tri-mili</i> .....	57	VALTOCO 10 MG DOSE .....	43
<i>trimipramine maleate</i> .....	35	VALTOCO 15 MG DOSE .....	43
TRINTELLIX .....	35	VALTOCO 20 MG DOSE .....	43
<i>tri-nymyo</i> .....	57	VALTOCO 5 MG DOSE .....	43
<i>tri-sprintec</i> .....	57	<i>valtya 1/50</i> .....	57
TRIUMEQ PD TAB .....	9	<i>vancomycin hcl</i> .....	6
TRIUMEQ TAB .....	9	VANCOMYCIN INJ 1 GM .....	6
<i>trivora-28</i> .....	57	VANCOMYCIN INJ 500MG .....	6
<i>tri-vylibra</i> .....	57	VANCOMYCIN INJ 750MG .....	6
<i>tri-vylibra lo</i> .....	57	VANFLYTA .....	24
TROGARZO .....	8	VAQTA .....	71
TROPHAMINE INJ 10% .....	74	<i>varenicline tartrate</i> .....	48
<i>trospium chloride</i> .....	65	<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &amp; 42 x 1 mg start pack</i> .....	49
TRULICITY .....	51	VARIVAX .....	72
TRUMENBA INJ .....	71	VASCEPA .....	30
TRUQAP .....	23	VAXCHORA SUS .....	72
TRUXIMA .....	23	<i>velivet</i> .....	57
TUKYSA .....	23	VELSIPITY .....	69
TURALIO .....	24	VENCLEXTA .....	24
<i>turqoz</i> .....	57	VENCLEXTA TAB START PK .....	24
<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i> .....	81	<i>venlafaxine hcl</i> .....	35
TWINRIX INJ .....	71	VENTOLIN HFA .....	78
TYBOST .....	8	VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) .....	78
TYENNE .....	68, 69	VEOZAH .....	60
TYPHIM VI .....	71	<i>verapamil hcl</i> .....	31
<b>U</b>		VERQUVO .....	32
UBRELVY .....	46		

VERSACLOZ .....	40	XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	44
VERZENIO.....	24	.....	44
<i>vestura</i> .....	57	XCOPRI PAK 50-100MG.....	44
<i>vienva</i> .....	57	XDEMVY .....	75
<i>vigabatrin</i> .....	43	XELJANZ .....	69
<i>vigadrone</i> .....	43	XELJANZ XR .....	69
VIGAFYDE .....	44	XERMELO .....	64
<i>vigpoder</i> .....	44	XGEVA.....	53
<i>vilazodone hcl</i> .....	35	XHANCE.....	80
<i>vincristine sulfate</i> .....	16	XIFAXAN.....	64
<i>vinorelbine tartrate</i> .....	16	XIGDUO XR TAB 10-1000.....	51
<i>viorele</i> .....	57	XIGDUO XR TAB 10-500MG .....	51
VIRACEPT .....	8	XIGDUO XR TAB 2.5-1000.....	51
VIREAD .....	8	XIGDUO XR TAB 5-1000MG .....	51
VITRAKVI.....	24	XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	51
VIVITROL.....	49	XIIDRA .....	76
VIVOTIF CAP EC.....	72	XOLAIR .....	79, 80
VIZIMPRO .....	24	XOSPATA .....	24
VONJO.....	24	XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY)	25
VORANIGO.....	24	.....	25
<i>voriconazole</i> .....	6, 7	XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) 24	
VOSEVI TAB .....	10	XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY)	24
VOWST CAP .....	64	.....	24
VRAYLAR .....	40	XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) 24	
<i>vyfemla</i> .....	57	XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY)	24
<i>vylibra</i> .....	57	.....	24
VYZULTA.....	76	XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) 25	
<b>W</b>		XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY)	25
<i>warfarin sodium</i> .....	65	.....	25
<i>water for irrigation, sterile irrigation</i>		XTANDI .....	15
<i>soln</i> .....	85	<i>xulane</i> .....	57
WELIREG .....	16	XULTOPHY INJ 100/3.6 .....	53
<i>wera</i> .....	57	<b>Y</b>	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG .....	73	YF-VAX INJ.....	72
<i>wixela inhub</i> .....	81	<i>yuvafem</i> .....	58
<b>X</b>		<b>Z</b>	
XALKORI.....	24	<i>zafemy</i> .....	57
<i>xarah fe</i> .....	57	<i>zafirlukast</i> .....	78
XARELTO .....	65	ZARXIO .....	66
XARELTO STAR TAB 15/20MG.....	65	ZEGALOGUE .....	59
XATMEP .....	69	ZEJULA .....	25
XCOPRI .....	44	ZELBORAF.....	25
XCOPRI PAK 100-150 .....	44	ZEMAIRA .....	80
XCOPRI PAK 12.5-25 .....	44	<i>zenatane</i> .....	81
XCOPRI PAK 150-200MG		ZENPEP CAP 10000UNT .....	64
(MAINTENANCE) .....	44	ZENPEP CAP 15000UNT .....	64
		ZENPEP CAP 20000UNT .....	64

ZENPEP CAP 25000UNT .....	64	ZOLINZA.....	25
ZENPEP CAP 3000UNIT .....	64	<i>zolpidem tartrate</i> .....	45
ZENPEP CAP 40000UNT .....	64	ZONISADE .....	44
ZENPEP CAP 5000UNIT .....	64	<i>zonisamide</i> .....	44
ZENPEP CAP 60000UNT .....	64	<i>zovia 1/35</i> .....	57
<i>zidovudine</i> .....	8	ZTALMY .....	44
<i>ziprasidone hcl</i> .....	40	<i>zumandimine</i> .....	57
<i>ziprasidone mesylate</i> .....	40	ZURZUVAE .....	35
ZIRABEV .....	25	ZYDELIG .....	25
ZIRGAN .....	75	ZYKADIA.....	25
<i>zoledronic acid</i> .....	53	ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	74

Este Formulario se actualizó el 11/04/2025. 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 consultar [sharpmedicareadvantage.com](https://www.sharpmedicareadvantage.com).

# Multi-Language Insert

## Multi-language Interpreter Services

**English:** 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/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** 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 le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 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。

**Chinese Cantonese:** 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。

**Tagalog:** 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.

**French:** 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.

**Vietnamese:** 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.

**German:** 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.

**Korean:** 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.



**Russian:** 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.

**Arabic:** 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।

**Italian:** 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 Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** 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.

**French Creole:** 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.

**Polish:** 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.

**Japanese:** 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](https://sharpmedicareadvantage.com)

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