

SHARP Health Plan

Sharp Direct Advantage®

Lista completa de medicamentos de 2026

Lista de medicamentos cubiertos por los planes Medicare Sharp Direct Advantage (HMO)



Listado 2026 (Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de medicamentos”)

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN.**

Listado de la Parte D de 2026, vigente hasta el 01/05/2026

Identificador (ID) del listado: 00026071

Este listado se actualizó el 01/05/2026. Si desea obtener información más reciente o hacer otras preguntas, llame a nuestra línea de ayuda de Medicare para recetas médicas al 1-855-222-3183 (llamada gratuita) o, para usuarios de TTY/TDD, al 711. Los representantes están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O visite sharpmedicareadvantage.com.

Aviso para los miembros ya afiliados: La lista del año pasado se actualizó. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando se usan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro” en esta lista de medicamentos (listado), se está haciendo referencia a Sharp Health Plan. Cuando se usan las palabras “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia al plan Sharp Direct Advantage, ofrecido por una organización para el mantenimiento de la salud (health maintenance organization, HMO).

Este documento incluye una lista de medicamentos (listado) de nuestro plan, que tiene vigencia al 01/05/2026. Contáctenos para obtener una lista de medicamentos (listado) actualizada. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos (listado), aparece en la portada y en la contraportada.

Por lo general, debe acudir a las farmacias de la red para aprovechar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el listado, la red de farmacias y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año y ocasionalmente durante el año.

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

En este documento, los términos lista de medicamentos y listado tienen el mismo significado. Un listado es una lista de medicamentos cubiertos que fueron seleccionados por nuestro plan en conjunto con un equipo de proveedores de atención médica, que incluye las terapias recetadas que se consideran necesarias como parte de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, cubriremos los medicamentos que figuran en nuestra lista, siempre y cuando el medicamento sea necesario, la receta se adquiera en una farmacia de la red del plan y se sigan otras reglas del plan. Para más información sobre cómo obtener su receta médica, consulte su *evidencia de cobertura*.

¿Se puede modificar la lista?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos se efectúan el 1 de enero, pero es posible que durante el año agreguemos o eliminemos medicamentos de la lista, los cambiemos de categoría de copago o agreguemos nuevas restricciones. Seguimos las reglas de Medicare para realizar estos cambios. Las actualizaciones de la lista se publican todos los meses en nuestro sitio web: sharpmedicareadvantage.com/druglist.

Los cambios que podrían afectarle este año son los siguientes: los casos enumerados a continuación modificarán su cobertura durante el año:

- **El reemplazo inmediato de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y de biofármacos originales.** Podemos eliminar de inmediato un medicamento de nuestro listado si lo reemplazamos por una nueva versión de ese medicamento que se ubique en la misma categoría de copago o en una inferior, y que tenga las mismas o menos restricciones. Cuando incorporamos una nueva versión de un medicamento a nuestro listado, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca o el biofármaco original en nuestro listado, pero que lo ubiquemos inmediatamente en una categoría de copago diferente o le agreguemos nuevas restricciones.

Solo podemos realizar estos cambios inmediatos si incorporamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o ciertas versiones biosimilares nuevas de un biofármaco original que ya figuraba en el listado (por ejemplo, incorporar un biosimilar intercambiable que una farmacia pueda sustituir por un biofármaco original sin necesidad de una nueva receta).

Si está tomando actualmente ese medicamento de marca, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar ese cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado.

Si realizamos dicho cambio, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento que se cambió. Para obtener más información, consulte la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al listado de Sharp Direct Advantage (HMO)?”.

Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección titulada “¿Qué son los biofármacos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”.

- **Medicamentos que ya no se comercializan.** Si un fabricante retira un medicamento del mercado o si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que debe retirarse por seguridad o eficacia, eliminaremos inmediatamente el medicamento de nuestro listado y notificaremos a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que estén tomando un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del listado

para reemplazarlo por un medicamento equivalente genérico, o eliminar un biofármaco original al incorporar uno biosimilar. También podemos agregar restricciones nuevas al medicamento de marca o al biofármaco original, o cambiarlos de categoría de copago, o hacer ambos cambios. Realizaremos cambios sobre la base de la guía clínica actualizada. Si eliminamos medicamentos de nuestro listado, imponemos autorizaciones previas, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado a un medicamento, o cambiamos un medicamento a una categoría de copago más alto, notificaremos a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor. Por otra parte, cuando un miembro solicite la reposición del medicamento, podrá recibir un suministro para 30 días junto con la notificación del cambio.

Si realizamos dichos cambios, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento que usted toma. La notificación que le enviemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción. También puede encontrar esta información en la sección de más abajo titulada “¿Cómo solicito una excepción al listado de Sharp Direct Advantage (HMO)?”.

Cambios que no le afectarán si está tomando el medicamento actualmente. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro listado de 2026 que estaba cubierto al inicio de ese año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2026, salvo en los casos descritos anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles con el mismo copago y sin nuevas restricciones para los miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá una notificación directa sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, a partir del 1 de enero del próximo año, dichos cambios sí le afectarán. Por eso, es importante revisar el listado correspondiente al nuevo año de beneficios para identificar cualquier modificación en los medicamentos.

El listado adjunto está actualizado al 01/05/2026. Comuníquese con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Nuestra información de contacto se encuentran en la portada y contraportada de este documento.

En caso de que haya cambios no rutinarios en el listado a mitad de año, publicaremos una versión actualizada del listado en nuestro sitio web: sharpmedicareadvantage.com/druglist. Si lo desea, puede solicitar que se le envíe una versión impresa de las correcciones.

¿Cómo encuentro mi medicamento en el listado?

Existen dos maneras de buscar en el listado:

- **Por afección médica**

El listado comienza en la página 1. Los medicamentos de este listado están agrupados en categorías según el tipo de afecciones médicas que tratan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una enfermedad cardíaca se encuentran en la categoría “Cardiovascular”. Si usted sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque dentro de esa categoría el nombre de su medicamento.

- **Orden alfabético**

Si no está seguro de bajo qué categoría buscar, puede buscar su medicamento en el Índice, que comienza en la página 88. El índice contiene una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el índice se incluyen tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el índice el nombre de su medicamento. Junto al nombre, encontrará el número de página donde figura la información de cobertura. Diríjase a esa página y ubique el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Cubrimos tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los de marca. Muchos medicamentos de marca tienen sustitutos genéricos disponibles. Los medicamentos genéricos suelen reemplazar al medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, según lo permitan las leyes estatales.

¿Qué son los biofármacos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En el listado, cuando hablamos de medicamentos, puede referirse a un fármaco común o a un biofármaco. Los biofármacos son medicamentos más complejos que los habituales. Dado que los biofármacos son más complejos, en lugar de contar con una versión genérica, tienen alternativas denominadas biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien que el biofármaco original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos biofármacos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según las leyes estatales, la farmacia puede sustituirlos por el biofármaco original sin necesidad de una nueva receta, al igual que sucede con los genéricos y los medicamentos de marca.

- Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte la *evidencia de cobertura*, capítulo 5, sección 3.1, "La 'lista de medicamentos' indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos".

¿Existen restricciones en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Para ciertos medicamentos, es necesario que usted o su médico obtengan autorización previa. Esto significa que deberá recibir nuestra aprobación antes de obtener su receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que cubriremos. Por ejemplo, proporcionamos 30 tabletas para 30 días por receta de rosuvastatina. Esto puede aplicarse además del suministro estándar de uno o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, es necesario que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección antes de cubrir otro medicamento para la misma afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección, es posible que no cubramos el medicamento B, a menos que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, revise el listado que comienza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos específicos si visita nuestro sitio web. Allí hemos publicado documentos que explican nuestras restricciones en cuanto a autorización previa y el tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos, aparece en la portada y la contraportada.

Puede solicitarnos una excepción a estas restricciones o límites, o pedir una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al listado de Sharp Direct Advantage (HMO)?” en la página v para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

Si su medicamento no está incluido en este listado cubiertos, primero debe comunicarse con atención al cliente y consultar si su medicamento está cubierto.

Si descubre que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene las siguientes dos opciones:

- Puede solicitar a atención al cliente una lista de medicamentos similares que sí estén cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstrela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto.
- Puede solicitarnos una excepción para que cubramos su medicamento. A continuación, se ofrece más información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al listado de Sharp Direct Advantage (HMO)?

Puede solicitarnos una excepción a nuestras reglas de cobertura. Puede solicitar los siguientes tipos de excepciones:

- Puede pedir que cubramos un medicamento aunque no esté en nuestro listado. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto con un nivel de copago predeterminado, y no podrá pedir que se lo proporcionemos en un nivel de copago más bajo.
- Puede pedir que se elimine una restricción de cobertura, incluida la autorización previa, el tratamiento escalonado o el límite de cantidad en su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitar que se levante ese límite y cubrir una mayor cantidad.
- Puede pedir que se cubra un medicamento del listado en un nivel de copago menor si este medicamento no está en la categoría de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.

Por lo general, solo aprobaremos su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el listado del plan, el medicamento con menor copago o la aplicación de la restricción no serían igual de eficaces para usted y/o podrían causarle efectos adversos.

Usted o su médico deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción al listado, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, su médico deberá explicar la razón médica por la que necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas posteriores a recibir la comunicación de su médico. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y nosotros estamos de acuerdo, que su salud podría verse gravemente afectada al esperar hasta 72 horas para recibir la decisión. Si estamos de acuerdo, o si su médico solicita una decisión rápida, debemos darle una respuesta a más tardar 24 horas después de recibir la comunicación de su médico.

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

Como miembro nuevo o ya afiliado de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no estén incluidos en el listado. También puede estar tomando un medicamento que sí esté en el listado, pero que tenga una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con su médico sobre la posibilidad de solicitar una decisión sobre la cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos, solicitar una excepción al listado para que cubramos el medicamento que usted toma. Mientras usted y su médico determinan el plan de acción más adecuado, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días como miembro de nuestro plan.

Para cada medicamento que no esté en el listado o que tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta indica menos días, permitiremos renovaciones para alcanzar un suministro máximo de 30 días. Si la cobertura no se aprueba, después de ese primer suministro de 30 días, no pagaremos por esos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no esté en el listado, o si su capacidad de obtener sus medicamentos está limitada y superó los primeros 90 días como miembro del plan, cubriremos un suministro de emergencia de 34 días de ese medicamento mientras solicita una excepción al listado.

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

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos de su plan, consulte su *evidencia de cobertura* y otros materiales del plan.

Comuníquese con nosotros si tiene preguntas sobre nuestro plan. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos, aparece en la portada y la contraportada.

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

Listado de Sharp Direct Advantage (HMO)

El listado que comienza en la página 1 proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice, que comienza en la página 88.

- En la primera columna de la tabla, se muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (por ejemplo, SYNTHROID) y los genéricos se indican en minúsculas y cursiva (por ejemplo, *levotiroxina*).
- En la segunda columna, “Categoría del medicamento”, se indica a qué categoría pertenece el medicamento.

La información de la columna Requisitos/límites le indica si nuestro plan tiene requisitos especiales para cubrir su medicamento.

El monto que usted abona por un medicamento cubierto depende de:

- **Su etapa de pago del medicamento.** Su plan tiene diferentes etapas de cobertura de medicamentos. Cuando obtiene una receta, el monto que abona depende de la etapa de cobertura en la que se encuentre.
- **La categoría de su medicamento.** Cada medicamento cubierto pertenece a uno de seis niveles. Cada nivel tiene un monto de copago y/o coseguro. En la siguiente tabla, se muestran las diferencias entre los niveles:

Categoría del medicamento	Incluye
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Medicamentos genéricos preferidos y, en algunos casos, algunos medicamentos de marca
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Medicamentos genéricos y, en algunos casos, algunos medicamentos de marca
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Medicamentos de marca preferidos y, en algunos casos, algunos 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 de marca y genéricos de muy alto costo, que pueden requerir manejo especial y/o monitoreo cercano
Nivel 6: Medicamentos de cuidado selecto	Medicamentos genéricos de cuidado selecto 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 por nivel, consulte su *evidencia de cobertura*.

Las siguientes abreviaturas pueden encontrarse en el cuerpo de este documento

ABREVIATURAS SOBRE LA COBERTURA

Abreviatura	Descripción	Explicación
NDS	Suministro de días no extendido	Este medicamento está limitado a un suministro de 30 días.
NM	No disponible por correo	Este medicamento no está disponible mediante envío postal.
PA	Restricción de autorización previa	Antes de obtener la receta de este medicamento, usted (o su médico) debe obtener nuestra autorización previa. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos el medicamento.
PA NSO	Restricción de autorización previa solo para nuevos usuarios	Si es un miembro nuevo o no ha tomado este medicamento previamente, usted (o su médico) debe obtener nuestra autorización previa antes de obtener la receta de este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos el medicamento.
B/D	Restricción de autorización previa para la determinación de la Parte B o Parte D	Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o Parte D de Medicare, según las circunstancias. Puede requerirse información sobre el uso y el contexto del medicamento para tomar la determinación.
QL	Restricción de límite de cantidad	Limitamos la cantidad de este medicamento que se cubre por receta o dentro de un período específico.
ST	Restricción de tratamiento escalonado	Antes de cubrir este medicamento, deben probar primero otros medicamentos para tratar su afección médica. Este medicamento solo se cubrirá si los otros medicamentos no funcionan para usted.

Tabla de Contenido

ANALGESICS.....	2
ANTI-INFECTIVES	4
ANTINEOPLASTIC AGENTS	13
CARDIOVASCULAR.....	26
CENTRAL NERVOUS SYSTEM	34
ENDOCRINE AND METABOLIC	50
GASTROINTESTINAL.....	63
GENITOURINARY.....	66
HEMATOLOGIC.....	66
IMMUNOLOGIC AGENTS.....	68
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS	74
OPHTHALMIC.....	76
OTIC.....	78
RESPIRATORY	79
TOPICAL	83
Index.....	88

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ANALGESICS		
GOUT		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	Tier 1	
<i>colchicine</i> TABS .6mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	Tier 2	
<i>probenecid</i> TABS 500mg	Tier 2	
MISCELLANEOUS		
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	Tier 2	B/D
NSAIDS		
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	Tier 2	QL (30 caps / 30 days)
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	Tier 2	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	Tier 2	
<i>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 sodium</i> TABS 275mg, 550mg	Tier 2	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	Tier 2	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 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
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml	Tier 2	QL (450 mL / 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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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 120-12 mg/5ml</i>	Tier 2	QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	Tier 2	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	Tier 4	
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 5-325mg</i>	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	Tier 2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 10-325mg</i>	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	Tier 2	QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	Tier 2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	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 2mg/ml, 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>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml	Tier 2	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml	Tier 2	QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	Tier 2	QL (240 tabs / 30 days)

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

3

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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 2	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	
BLUJEPa TABS 750mg	Tier 3	
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 300mg/2ml, 600mg/4ml, 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>fosfomicin tromethamine PACK 3gm</i>	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	Tier 2	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	Tier 2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 250 mg	Tier 2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 500 mg	Tier 2	
IMPAVIDO CAPS 50mg	Tier 5	NDS, PA
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	Tier 2	QL (20 tabs / 90 days), PA
<i>ivermectin</i> TABS 6mg	Tier 2	QL (10 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	Tier 2	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	Tier 5	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid</i> TABS 600mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	Tier 4	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 2gm, 500mg	Tier 2	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	Tier 2	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml	Tier 2	
<i>metronidazole</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 1	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	Tier 2	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	Tier 5	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	Tier 3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	Tier 3	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	Tier 2	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	Tier 2	
<i>polymyxin b sulfate</i> SOLR 500000unit	Tier 2	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	Tier 2	
<i>pyrimethamine</i> TABS 25mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	Tier 5	NDS
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	Tier 5	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	Tier 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> 200-40 mg/5ml	Tier 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 400-80 mg	Tier 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 800-160 mg	Tier 1	
<i>tinidazole</i> 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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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, 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	
ANTIFUNGALS		
<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	
CRESEMBA CAPS 74.5mg, 186mg	Tier 5	NDS, PA
<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	QL (120 caps / 30 days)
<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> 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)
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ANTIMALARIALS		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	Tier 2	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	Tier 2	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 2	
COARTEM TAB 20-120MG	Tier 4	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	Tier 2	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	Tier 2	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	Tier 3	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	Tier 2	PA
ANTIRETROVIRAL AGENTS		
<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml; TABS 300mg	Tier 2	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 2	QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>darunavir</i> TABS 800mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), NM
EDURANT TABS 25mg	Tier 5	NDS, NM
EDURANT PED TBSO 2.5mg	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
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
PREZISTA TABS 75mg	Tier 4	QL (480 tabs / 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

7

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
PREZISTA TABS 150mg	Tier 5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	Tier 5	NDS, NM
<i>rilpivirine hcl</i> TABS 25mg	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 TABS 300mg; TBPK 300mg	Tier 5	NDS, NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	Tier 2	NM
TIVICAY TABS 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
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 2	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-rilpivirine-tenofovir df tab 200-25-300 mg</i>	Tier 5	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	Tier 2	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 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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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
KALETRA SOL	Tier 4	NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</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 675/150	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 4	NM
TRIUMEQ TAB	Tier 5	NDS, NM
ANTITUBERCULAR AGENTS		
<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
ANTIVIRALS		
<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
<i>lamivudine (hbv) TABS 100mg</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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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 PAK	Tier 2	QL (22 tabs / 90 days)
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
CEPHALOSPORINS		
<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/50ML-2%	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	
<i>cefotetan disodium</i> SOLR 1gm, 2gm	Tier 2	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>cefepodoxime 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>ceftaroline fosamil</i> SOLR 400mg, 600mg	Tier 5	NDS
<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
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES		
<i>azithromycin</i> 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	Tier 5	NDS
<i>e.e.s. 400</i> TABS 400mg	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	
<i>fidaxomicin</i> TABS 200mg	Tier 5	NDS
FLUOROQUINOLONES		
<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	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	Tier 2	
PENICILLINS		
<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 & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	Tier 2	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	Tier 1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	Tier 2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	Tier 2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	Tier 2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	Tier 2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	Tier 2	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 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	
<i>penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>penicillin v potassium TABS 250mg, 500mg</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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	Tier 2	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj</i> 3.375 <i>gm (3-0.375 gm)</i>	Tier 2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 2.25 <i>gm (2-0.25 gm)</i>	Tier 2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 4.5 <i>gm (4-0.5 gm)</i>	Tier 2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 13.5 <i>gm (12-1.5 gm)</i>	Tier 2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 40.5 <i>gm (36-4.5 gm)</i>	Tier 2	

TETRACYCLINES

<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 2	

ANTINEOPLASTIC AGENTS

ALKYLATING AGENTS

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
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

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

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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, PA NSO
<i>lomustine</i> CAPS 10mg, 40mg	Tier 2	NM
<i>lomustine</i> CAPS 100mg	Tier 5	NDS, NM
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	Tier 2	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 50mg, 100mg	Tier 5	NDS, B/D
VIVIMUSTA SOLN 100mg/4ml	Tier 5	NDS, B/D, NM
ANTIMETABOLITES		
<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
TABLOID TABS 40mg	Tier 5	NDS, PA NSO
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<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
<i>abirtega</i> TABS 250mg	Tier 2	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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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
INLURIYO TABS 200mg	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA NSO
<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
YONSA TABS 125mg	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

15

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	Tier 5	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA NSO
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA NSO
<i>pomalidomide</i> CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	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
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
<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	
MATULANE CAPS 50mg	Tier 5	NDS, NM
<i>mesna</i> TABS 400mg	Tier 5	NDS
MODEYSO CAPS 125mg	Tier 5	NDS, QL (20 caps / 28 days), NM, PA NSO
<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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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 100mg</i>	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

MOLECULAR TARGET AGENTS

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
AVMAPKI PAK FAKZYNJA	Tier 5	NDS, QL (1 pack / 28 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 (30 caps / 30 days), NM, PA NSO
BOSULIF CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (300 caps / 30 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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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
BRUKINSA TABS 160mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 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
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
ENSACOVE CAPS 25mg	Tier 5	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA NSO
ENSACOVE CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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, 5mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	Tier 5	NDS, QL (90 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
<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
GOMEKLI CAPS 1mg	Tier 5	NDS, QL (168 caps / 28 days), NM, PA NSO
GOMEKLI CAPS 2mg	Tier 5	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA NSO
GOMEKLI TBSO 1mg	Tier 5	NDS, QL (168 tabs / 28 days), NM, PA NSO
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
HERCEPTIN SOLR 150mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
HERCESSI SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
HERNEXEOS TABS 60mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
HYRNUO TABS 10mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), 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
IBTROZI CAPS 200mg	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 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 2	QL (90 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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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
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
KEYTRUDA INJ QLEX 395-4800 MG-UNIT/2.4ML	Tier 5	NDS, QL (1 vial / 21 days), NM, PA NSO
KEYTRUDA INJ QLEX 790-9600 MG-UNIT/4.8ML	Tier 5	NDS, QL (1 vial / 42 days), NM, PA NSO
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	Tier 5	NDS, QL (21 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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
KISQALI 600 PAK FEMARA	Tier 5	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KOMZIFTI CAPS 200mg	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 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
KOSELUGO CPSP 5mg	Tier 5	NDS, QL (600 caps / 30 days), NM, PA NSO
KOSELUGO CPSP 7.5mg	Tier 5	NDS, QL (360 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
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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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
<i>nilotinib hcl</i> CAPS 50mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
<i>nilotinib hcl</i> CAPS 150mg, 200mg	Tier 5	NDS, QL (112 caps / 28 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 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
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
<i>pazopanib hcl</i> TABS 400mg	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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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 TABS 40mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
RETEVMO TABS 80mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
RETEVMO TABS 120mg, 160mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
REVUFORJ TABS 25mg	Tier 5	NDS, QL (240 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
ROMVIMZA CAPS 14mg, 20mg, 30mg	Tier 5	NDS, QL (8 caps / 28 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
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

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

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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 (840 tabs / 28 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
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 TBPK 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
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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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 20mg, 50mg	Tier 5	NDS, QL (120 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 10mg	Tier 5	NDS, QL (16 tabs / 28 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
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg	Tier 5	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA NSO
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPK 80mg	Tier 5	NDS, QL (4 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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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

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 & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	Tier 1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	Tier 1	

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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	Tier 6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	Tier 6	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	Tier 6	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	Tier 6	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>sacubitril-valsartan tab 24-26 mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>sacubitril-valsartan tab 49-51 mg</i>	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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>sacubitril-valsartan tab 97-103 mg</i>	Tier 2	QL (60 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
<i>flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg</i>	Tier 2	
<i>MULTAQ TABS 400mg</i>	Tier 4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pacerone TABS 100mg, 400mg</i>	Tier 2	
<i>pacerone TABS 200mg</i>	Tier 1	
<i>propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg</i>	Tier 2	
<i>quinidine sulfate TABS 200mg, 300mg</i>	Tier 2	
<i>sotalol hcl TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg</i>	Tier 1	
<i>sotalol hcl (afib/af) TABS 80mg, 120mg, 160mg</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

29

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<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	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	Tier 2	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	Tier 2	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	Tier 2	
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	Tier 2	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<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)
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	QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	Tier 3	QL (6 autoinjectors / 28 days), NM, PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	Tier 3	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 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

30

01/05/2026

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

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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
MISCELLANEOUS		
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<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 2	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</i> SOLN 1mg/ml	Tier 2	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	Tier 3	PA; PA applies if 65 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
NITRATES		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	Tier 2	
<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		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>bosentan</i> TBSO 32mg	Tier 5	NDS, QL (120 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 2	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
UPTRAVI TABS 200mcg	Tier 5	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, PA NSO
UPTRAVI TABS 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1000mcg, 1200mcg, 1400mcg, 1600mcg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
UPTRAVI PACK TAB 200/800	Tier 5	NDS, QL (1 pack / 28 days), NM, PA NSO
WINREVAIR KIT 45mg, 60mg	Tier 5	NDS, QL (2 vials / 21 days), NM, PA NSO
WINREVAIR INJ 45MG	Tier 5	NDS, QL (2 vials / 21 days), NM, PA NSO
WINREVAIR INJ 60MG	Tier 5	NDS, QL (2 vials / 21 days), NM, PA NSO
YUTREPIA CAPS 26.5mcg, 53mcg, 79.5mcg	Tier 5	NDS, QL (140 caps / 28 days), NM, PA NSO
YUTREPIA CAPS 106mcg	Tier 5	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA NSO

CENTRAL NERVOUS SYSTEM

ANTIANSIETY

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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr</i> 14-10 mg	Tier 2	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr</i> 21-10 mg	Tier 2	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr</i> 28-10 mg	Tier 2	
NAMZARIC CAP 7-10MG	Tier 4	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	Tier 2	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)

ANTIDEPRESSANTS

<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	Tier 3	PA NSO; PA applies if 65 years and older
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	Tier 3	PA NSO; PA applies if 65 years and older
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	PA NSO; PA applies if 65 years and older
<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	PA NSO; PA applies if 65 years and older
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)

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

35

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	Tier 5	NDS, QL (30 patches / 30 days), PA NSO
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	Tier 2	
<i>escitalopram oxalate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	Tier 1	
EXXUA TB24 18.2mg, 36.3mg, 54.5mg, 72.6mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA NSO
EXXUA TITRATION PACK TB24 18.2mg	Tier 5	NDS, QL (2 packs / year), PA NSO
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	PA NSO; PA applies if 65 years and older
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; PA applies if 65 years and older
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	PA NSO; PA applies if 65 years and older
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	Tier 2	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 4	
RALDESY SOLN 10mg/ml	Tier 4	QL (1800 mL / 30 days), PA NSO
<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)

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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

ANTIPARKINSONIAN AGENTS

<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	Tier 2	QL (120 caps / 30 days)
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	Tier 2	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	Tier 2	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	PA; PA applies if 65 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	Tier 2	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	Tier 2	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	Tier 2	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	Tier 2	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	Tier 2	

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos.
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . NDS - Suministro de días no extendidos

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> TABS 2mg, 5mg	Tier 2	

ANTIPSYCHOTICS

ABILIFY ASIMTUFII PRSY 720mg/2.4ml, 960mg/3.2ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	Tier 5	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole</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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
COBENFY CAP 50-20MG	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days)
COBENFY CAP 100-20MG	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days)
COBENFY CAP 125-30MG	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days)
COBENFY STRT CAP PACK	Tier 5	NDS, QL (2 packs / year)
ERZOFRI SUSY 39mg/0.25ml	Tier 4	QL (1 syringe / 28 days)
ERZOFRI SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ERZOFRI SUSY 351mg/2.25ml	Tier 5	NDS, QL (2 syringes / year)
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
FANAPT PAK PACK A	Tier 4	QL (2 packs / year), PA NSO
FANAPT PAK PACK B	Tier 4	QL (2 packs / year), PA NSO
FANAPT PAK PACK C	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)

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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)
<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	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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	
<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 .5mg, .75mg, 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)
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg	Tier 4	QL (2 vials / 28 days), NM, PA NSO
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg	Tier 5	NDS, QL (2 vials / 28 days), NM, PA NSO
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg	Tier 5	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA NSO
ANTISEIZURE AGENTS		
APTIOM TABS 200mg, 400mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTIOM TABS 600mg, 800mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>brivaracetam</i> SOLN 10mg/ml	Tier 5	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA NSO
<i>brivaracetam</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	Tier 5	NDS, QL (600 mL / 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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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; TDBP 2mg	Tier 2	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TDBP .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
<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	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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>eslicarbazepine acetate</i> TABS 200mg, 400mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eslicarbazepine acetate</i> TABS 600mg, 800mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<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 (680 mL / 28 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)
<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	
<i>levetiracetam</i> TB3D 250mg	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>levetiracetam</i> TB3D 500mg	Tier 2	QL (180 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	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> <i>1500 mg/100ml</i>	Tier 2	
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	Tier 2	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	Tier 4	QL (10 nasal units / 30 days)
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	Tier 2	
<i>perampanel</i> SUSP .5mg/ml	Tier 5	NDS, QL (680 mL / 28 days), PA NSO
<i>perampanel</i> TABS 2mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
<i>perampanel</i> TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), PA NSO
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	Tier 4	QL (1500 mL / 30 days), PA NSO; PA applies if 65 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 65 years and older
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	Tier 4	PA NSO; PA applies if 65 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; PA applies if 65 years and older
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg	Tier 2	QL (90 caps / 30 days), PA NSO; PA applies if 65 years and older
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days), PA NSO; PA applies if 65 years and older
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml	Tier 2	QL (900 mL / 30 days), PA NSO; PA applies if 65 years and older
<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

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

44

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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)
SUBVENITE SUSP 10mg/ml	Tier 5	NDS, ST
<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> SOLN 25mg/ml	Tier 2	QL (480 mL / 30 days), PA NSO
<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 / 30 days)
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	Tier 4	QL (10 blister packs / 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	Tier 4	QL (10 blister packs / 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	Tier 4	QL (10 blister packs / 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
VIGAFYDE SOLN 100mg/ml	Tier 5	NDS, QL (900 mL / 30 days), NM, PA NSO
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 5	NDS, 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

45

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 18mg, 25mg	Tier 2	QL (120 caps / 30 days)

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

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 40mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 60mg, 80mg, 100mg	Tier 2	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 10mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 1mg, 2mg, 4mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 3mg	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 5mg/5ml	Tier 2	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 10mg/5ml	Tier 2	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), PA

HYPNOTICS

DAYVIGO TABS 5mg, 10mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep)</i> TABS 3mg, 6mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ramelteon</i> TABS 8mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tasimelteon</i> CAPS 20mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg, 30mg	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year

MIGRAINE

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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 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
MISCELLANEOUS		
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, 30mg, 36mg, 42mg, 48mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 24mg	Tier 5	NDS, QL (60 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

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

48

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	Tier 2	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	Tier 2	
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	Tier 2	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 kits / 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	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 3	QL (90 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 90 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	
NARCOLEPSY/CATAPLEXY		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg	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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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
<i>sodium oxybate</i> SOLN 500mg/ml	Tier 5	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, PA

PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC

<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	Tier 2	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 8mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	Tier 2	QL (180 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 (120 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	Tier 2	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	Tier 2	QL (120 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	
KLOXXADO LIQD 8mg/0.1ml	Tier 3	
<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 NS SOLN 10mg/ml	Tier 4	
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	Tier 2	QL (56 tabs / 28 days)
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 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</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	Tier 2	
<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	Tier 2	PA

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos.
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . NDS - Suministro de días no extendidos

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	Tier 2	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	Tier 2	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	Tier 2	PA
<i>testosterone pump</i> GEL 1.62%	Tier 2	QL (150 gm / 30 days), PA

ANTIDIABETICS

<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	
<i>dapagliflozin propanediol</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg	Tier 1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 4mg	Tier 1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 5mg	Tier 6	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 10mg	Tier 6	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg	Tier 6	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 10mg	Tier 6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-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)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	Tier 6	QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	Tier 6	QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg	Tier 6	QL (75 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	Tier 6	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos.
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . NDS - Suministro de días no extendidos

51

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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 0.5MG/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
TRADJENTA TABS 5mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5- 1000MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
TRULICITY 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	B/D
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	Tier 3	
ALCOHOL SWABS: EMBECTA- BD/MHC/RUGBY	Tier 3	PA
CEQR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	Tier 4	QL (10 patches / 30 days), PA
CEQR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	Tier 4	QL (8 patches / 24 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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
CEQR SIMPL MIS INSERTER	Tier 4	QL (2 inserters / year), PA
FIASP SOLN 100unit/ml	Tier 3	B/D
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: EMBECTA-BD	Tier 3	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: EMBECTA-BD	Tier 3	PA
INSULIN SYRINGES: EMBECTA-BD	Tier 3	PA
LANTUS SOLN 100unit/ml	Tier 3	
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	Tier 3	
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)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	Tier 3	B/D; (brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	Tier 3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	Tier 3	B/D
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	Tier 3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION SOPN 100unit/ml	Tier 3	
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	
NOVOLOG RELION SOLN 100unit/ml	Tier 3	B/D
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 L2 KIT INTRO G6	Tier 4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 L2 MIS PODS G6	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos.
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **NDS** - Suministro de días no extendidos

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
OMNIPOD DASH KIT INTRO	Tier 4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
SOLIQUA INJ 100/33	Tier 3	QL (5 pens / 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	Tier 3	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	Tier 3	
XULTOPHY INJ 100/3.6	Tier 3	QL (5 pens / 30 days)

CALCIUM REGULATORS

<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	Tier 1	
BILDYOS SOSY 60mg/ml	Tier 4	QL (1 syringe / 180 days), NM
BONSITY SOPN 560mcg/2.24ml	Tier 5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	Tier 2	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	Tier 2	B/D
OSPOMYV SOSY 60mg/ml	Tier 4	QL (1 syringe / 180 days), NM
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
<i>teriparatide</i> SOPN 560mcg/2.24ml	Tier 5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TERIPARATIDE SOPN 560mcg/2.24ml	Tier 5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA; (ALVOGEN product)
WYOST SOLN 120mg/1.7ml	Tier 5	NDS, NM, PA
XTRENBO SOLN 120mg/1.7ml	Tier 4	NM, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 5mg/100ml	Tier 2	B/D, NM

CHELATING AGENTS

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</i> SUSP 15gm/60ml	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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	Tier 2	
<i>sps SUSP 15gm/60ml</i>	Tier 2	
<i>sps rectal SUSP 15gm/60ml</i>	Tier 2	
<i>trientine hcl CAPS 250mg</i>	Tier 5	NDS, NM, PA

CONTRACEPTIVES

<i>afirmelle</i>	Tier 2	
<i>altavera</i>	Tier 2	
<i>alyacen 1/35</i>	Tier 2	
<i>alyacen 7/7/7</i>	Tier 2	
<i>apri</i>	Tier 2	
<i>aranelle</i>	Tier 2	
<i>aubra eq</i>	Tier 2	
<i>aurovela 1/20</i>	Tier 2	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>aurovela fe 1/20</i>	Tier 2	
<i>aviane</i>	Tier 2	
<i>ayuna</i>	Tier 2	
<i>azurette</i>	Tier 2	
<i>balziva</i>	Tier 2	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>blisovi fe 1/20</i>	Tier 2	
<i>briellyn</i>	Tier 2	
<i>camila TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>chateal eq</i>	Tier 2	
<i>cryselle</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 TABS .35mg</i>	Tier 2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	Tier 3	
<i>desogest-eth estrad & 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 TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>enilloring</i>	Tier 2	
<i>enskyce</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

55

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>errin</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>estarylla</i>	Tier 2	
<i>ethynodiol diacetate & 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>hailey fe 1/20</i>	Tier 2	
<i>heather</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>iclevia</i>	Tier 2	
<i>incassia</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>introvale</i>	Tier 2	
<i>isibloom</i>	Tier 2	
<i>jasmiel</i>	Tier 2	
<i>jencycla</i> TABS .35mg	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>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 & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	Tier 2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	Tier 2	
<i>levonorgestrel-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	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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>luizza 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>luizza 1/20</i>	Tier 2	
<i>lutra</i>	Tier 2	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>lyza TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>marlissa</i>	Tier 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	Tier 2	
<i>meleya TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>microgestin 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>microgestin 1/20</i>	Tier 2	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>microgestin fe 1/20</i>	Tier 2	
<i>mili</i>	Tier 2	
<i>mono-linyah</i>	Tier 2	
<i>necon 0.5/35-28</i>	Tier 2	
<i>NEXPLANON IMPL 68mg</i>	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 & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	Tier 2	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	Tier 2	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	Tier 2	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	Tier 2	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18- 25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	Tier 2	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18- 35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	Tier 2	
<i>norlyroc TABS .35mg</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

57

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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>orquidea TABS .35mg</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	
<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-sprintec</i>	Tier 2	
<i>tri-vylibra</i>	Tier 2	
<i>tri-vylibra lo</i>	Tier 2	
<i>turqoz</i>	Tier 2	
<i>valtya 1/35</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	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>zafemy</i>	Tier 2	
<i>zovia 1/35</i>	Tier 2	
<i>zumandimine</i>	Tier 2	
ESTROGENS		
<i>abigale</i>	Tier 3	
<i>abigale lo</i>	Tier 3	
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	Tier 3	
<i>estradiol</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	Tier 3	
<i>estradiol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5- 0.1 mg</i>	Tier 3	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	Tier 3	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm; TABS 10mcg	Tier 2	
<i>estradiol valerate</i> OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	Tier 2	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	Tier 3	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	Tier 3	
<i>jinteli</i>	Tier 3	
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	Tier 3	
<i>mimvey</i>	Tier 3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	Tier 3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	Tier 3	
<i>yuvaferm</i> TABS 10mcg	Tier 2	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	Tier 2	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	Tier 4	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml, 10mg/ml	Tier 2	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>hydrocortisone sod succinate</i> SOLR 100mg	Tier 2	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	Tier 2	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPK 4mg	Tier 2	
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	Tier 2	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 500mg, 1000mg	Tier 2	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	Tier 2	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 15mg/5ml, 25mg/5ml	Tier 2	B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml	Tier 2	B/D
<i>prednisone</i> TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	Tier 1	B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	Tier 1	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	Tier 4	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 250mg, 500mg, 1000mg	Tier 4	

GLUCOSE ELEVATING AGENTS

<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	Tier 5	NDS
ZEGALOGUE SOAJ .6mg/0.6ml; SOSY .6mg/0.6ml	Tier 3	

MISCELLANEOUS

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 2	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

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

60

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> TABS 300mg	Tier 5	NDS, NM, PA
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	
REVCIVI SOLN 2.4mg/1.5ml	Tier 5	NDS, NM, PA
REZDIFFRA TABS 60mg, 80mg, 100mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<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
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	Tier 5	NDS, NM, PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml	Tier 5	NDS, PA
<i>tolvaptan</i> TABS 15mg, 30mg	Tier 5	NDS, NM, PA; (generic of JYNARQUE)
<i>tolvaptan</i> TBPK 15mg	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 30 & 15 mg</i>	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 45 & 15 mg</i>	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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>tolvaptan tab therapy pack 60 & 30 mg</i>	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 90 & 30 mg</i>	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>zelvysia PACK 100mg, 500mg</i>	Tier 5	NDS, NM, PA
PROGESTINS		
<i>gallifrey TABS 5mg</i>	Tier 2	
<i>medroxyprogesterone acetate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	Tier 1	
<i>megestrol acetate SUSP 40mg/ml</i>	Tier 3	
<i>megestrol acetate (appetite) SUSP 625mg/5ml</i>	Tier 4	PA
<i>norethindrone acetate TABS 5mg</i>	Tier 2	
<i>progesterone CAPS 100mg, 200mg</i>	Tier 2	
THYROID AGENTS		
<i>levo-t TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	Tier 2	
<i>levothyroxine sodium TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	Tier 2	
<i>levoxyl TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg</i>	Tier 2	
<i>liomny TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg</i>	Tier 2	
<i>liothyronine sodium TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg</i>	Tier 2	
<i>methimazole TABS 5mg, 10mg</i>	Tier 1	
<i>propylthiouracil TABS 50mg</i>	Tier 2	
<i>SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	Tier 4	
<i>unithroid TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	Tier 2	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol CAPS .25mcg, .5mcg</i>	Tier 2	B/D
<i>calcitriol (oral) SOLN 1mcg/ml</i>	Tier 2	B/D
<i>paricalcitol CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg</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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
GASTROINTESTINAL		
ANTIEMETICS		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	Tier 2	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	Tier 2	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	Tier 2	
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	Tier 2	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	Tier 2	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	Tier 2	PA; PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml	Tier 2	
<i>metoclopramide hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 1	
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	Tier 2	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	Tier 2	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	Tier 2	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	Tier 2	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	Tier 2	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 2	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	Tier 2	PA; PA applies if 65 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 65 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)
ANTISPASMODICS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg	Tier 3	PA; PA applies if 65 years and older
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml	Tier 4	PA; PA applies if 65 years and older
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glycopyrrolate</i> TABS 2mg	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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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</i> 20 mg/50ml	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)
<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	
LAXATIVES		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2	
<i>gavilyte-c</i>	Tier 1	
<i>gavilyte-g</i>	Tier 1	
<i>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</i> 236 gm	Tier 1	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i> 420 gm	Tier 1	
PLENVU SOL	Tier 4	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i> 17.5- 3.13-1.6 gm/177ml	Tier 2	
MISCELLANEOUS		
<i>alose tron hcl</i> TABS 1mg	Tier 5	NDS, 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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>alose tron 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 tab 2.5-0.025 mg</i>	Tier 4	
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 12mg/0.6ml	Tier 5	NDS, QL (28 vials / 28 days), PA
RELISTOR SOSY 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	
VOQUEZNA PAK DUAL PAK	Tier 3	QL (2 kits / year), PA
VOQUEZNA PAK TRIP PK	Tier 3	QL (2 kits / year), PA
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 10000UNT	Tier 4	
ZENPEP CAP 15000UNT	Tier 4	
ZENPEP CAP 20000UNT	Tier 4	
ZENPEP CAP 25000UNT	Tier 4	
ZENPEP CAP 40000UNT	Tier 4	
ZENPEP CAP 60000UNT	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	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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

GEMTESA TABS 75mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	Tier 3	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	Tier 3	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)
<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)
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>trospium 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 CPSP .15mg	Tier 3	QL (56 caps / 21 days)
ELIQUIS TABS 2.5mg	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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ELIQUIS TABS 5mg	Tier 3	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS TBSO .5mg	Tier 3	QL (588 tabs / 29 days)
ELIQUIS (1.5MG PACK) 3 X TBSO .5mg	Tier 3	QL (591 tabs / 29 days)
ELIQUIS (2MG PACK) 4 X TBSO .5mg	Tier 3	QL (592 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> SUSR 1mg/ml	Tier 2	QL (620 mL / 30 days)
<i>rivaroxaban</i> TABS 2.5mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	Tier 1	
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
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
MISCELLANEOUS		
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	

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

67

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
DOPTELET TABS 20mg	Tier 5	NDS, NM, PA
DOPTELET SPRINKLE CPSP 10mg	Tier 5	NDS, NM, PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	Tier 4	
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	

PLATELET AGGREGATION INHIBITORS

<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	Tier 2	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	Tier 1	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	Tier 3	PA; PA applies if 65 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 2	
<i>ticagrelor</i> TABS 60mg, 90mg	Tier 2	

IMMUNOLOGIC AGENTS

AUTOIMMUNE AGENTS

ADALIMUMAB-BWWD SOAJ 40mg/0.4ml	Tier 5	NDS, QL (6 autoinjectors / 28 days), NM, PA
ADALIMUMAB-BWWD SOSY 40mg/0.4ml	Tier 5	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
BIMZELX SOAJ 160mg/ml, 320mg/2ml	Tier 5	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
BIMZELX SOSY 160mg/ml, 320mg/2ml	Tier 5	NDS, QL (2 syringes / 28 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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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
HADLIMA SOSY 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (6 autoinjectors / 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
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START AJKT 80mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	Tier 5	NDS, NM, PA
KINERET SOSY 100mg/0.67ml	Tier 5	NDS, QL (28 syringes / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOAJ 45mg/0.5ml	Tier 3	QL (1 pen / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOAJ 90mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOLN 45mg/0.5ml	Tier 3	QL (1 vial / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOLN 130mg/26ml	Tier 5	NDS, NM, PA
PYZCHIVA SOSY 45mg/0.5ml	Tier 3	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOSY 90mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	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

69

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
RENFLXIS 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 200mg/2ml	Tier 5	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOLN 200mg/20ml	Tier 5	NDS, NM, PA
TREMFYA SOPN 100mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOSY 200mg/2ml	Tier 5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
TREMFYA INDUCTION PACK FO SOAJ 200mg/2ml	Tier 5	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
TREMFYA PEN SOAJ 100mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1 pen / 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
TYENNE SOSY 162mg/0.9ml	Tier 5	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
USTEKINUMAB SOLN 45mg/0.5ml	Tier 5	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
USTEKINUMAB SOLN 130mg/26ml	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

70

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
USTEKINUMAB SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 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
YESINTEK SOLN 45mg/0.5ml	Tier 3	QL (1 vial / 28 days), NM, PA
YESINTEK SOLN 130mg/26ml	Tier 3	NM, PA
YESINTEK SOSY 45mg/0.5ml	Tier 3	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
YESINTEK SOSY 90mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 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 LIQUID ERC SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml	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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	Tier 5	NDS, NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
ARCALYST SOLR 220mg	Tier 5	NDS, NM, PA
IMMUNOSUPPRESSANTS		
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	Tier 5	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	Tier 5	NDS, NM, PA
BENLYSTA SOSY 200mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 syringes / 28 days), 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 .5mg, .75mg, 1mg	Tier 5	NDS, B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg	Tier 2	B/D, NM
<i>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg	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; TABS .5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	Tier 2	B/D, NM
VACCINES		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	Tier 1	PA
ACTHIB INJ	Tier 1	
ADACEL INJ	Tier 1	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	Tier 1	PA
BCG VACCINE SOLR 50mg	Tier 1	
BEXSERO SUSY .5ml	Tier 1	
BOOSTRIX INJ	Tier 1	
DAPTACEL INJ	Tier 1	
DENGVAIXIA SUS	Tier 1	
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	Tier 1	B/D
GARDASIL 9 SUSP .5ml; SUSY .5ml	Tier 1	
HAVRIX SUSY 720elu/0.5ml, 1440unit/ml	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	
IXIARO INJ	Tier 1	
JYNNEOS SUSP .5ml	Tier 1	B/D
KINRIX INJ	Tier 1	
M-M-R II INJ	Tier 1	
MENQUADFI SOLN .5ml	Tier 1	
MENVEO INJ	Tier 1	
MENVEO SOL	Tier 1	
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	Tier 1	PA
PEDIARIX INJ 0.5ML	Tier 1	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	Tier 1	
PENBRAYA INJ	Tier 1	
PENMENVY 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	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ROTATEQ SOL	Tier 1	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	Tier 1	QL (2 vials per lifetime)
SHINGRIX SUSY 50mcg/0.5ml	Tier 1	QL (2 syringes per lifetime)
TENIVAC INJ 5-2LF	Tier 1	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	Tier 1	
TRUMENBA SUSY .5ml	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; SUSY 25unit/0.5ml, 50unit/ml	Tier 1	
VARIVAX SUSR 1350pfu/0.5ml	Tier 1	
VAXCHORA SUS	Tier 1	
VIMKUNYA SUSY 40mcg/0.8ml	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
D5W/NACL INJ 0.2%	Tier 2
D5W/NACL INJ 0.45%	Tier 2
D10W/NACL INJ 0.2%	Tier 3
D10W/NACL INJ 0.45%	Tier 2
<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 0.3%</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
ISOLYTE-P INJ /D5W	Tier 4
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	Tier 4
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	Tier 2
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	Tier 2
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	Tier 2
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	Tier 2
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	Tier 2
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.9% inj</i>	Tier 2
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</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

74

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 40 meq/l (0.298%) in nacl 0.9% inj</i>	Tier 2	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	Tier 4	
KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2	Tier 2	
LACTATED RIN INJ	Tier 4	
<i>lactated ringer's solution</i>	Tier 2	
<i>magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 3gm/100ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	Tier 3	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	Tier 3	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	Tier 3	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	Tier 2	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	Tier 4	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	Tier 4	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	Tier 4	
<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml</i>	Tier 2	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	Tier 2	
<i>sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	Tier 2	
TPN ELECTROL INJ	Tier 4	B/D
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
<i>klor-con PACK 20meq</i>	Tier 2	
KLOR-CON 8 TBCR 8meq	Tier 1	
<i>klor-con 10 TBCR 10meq</i>	Tier 1	
KLOR-CON 10 TBCR 10meq	Tier 1	
<i>klor-con m10 TBCR 10meq</i>	Tier 1	
<i>klor-con m15 TBCR 15meq</i>	Tier 2	
<i>klor-con m20 TBCR 20meq</i>	Tier 1	
M-NATAL PLUS TAB	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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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</i> chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln	Tier 2	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	Tier 3	

IV NUTRITION

<i>aminosyn ii soln</i> 15%	Tier 2	B/D
AMINOSYN INJ 10%	Tier 4	B/D
AMINOSYN-PF INJ 10%	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	Tier 4	B/D
<i>clinisol sf</i> 15%	Tier 2	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	Tier 4	B/D
<i>dextrose</i> SOLN 5%, 10%	Tier 2	
<i>dextrose</i> SOLN 50%	Tier 2	B/D
DEXTROSE 10% SOLN 10%	Tier 2	
DEXTROSE 70% SOLN 70%	Tier 2	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	Tier 4	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	Tier 4	B/D
<i>plenamine</i>	Tier 2	B/D
PREMASOL SOL 10%	Tier 5	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	Tier 4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	Tier 4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	Tier 4	B/D

OPHTHALMIC

ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY

<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint</i> 1%	Tier 2	
---	--------	--

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>loteprednol etabonate-tobramycin ophth susp 0.5-0.3%</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	
<i>besifloxacin hcl SUSP .6%</i>	Tier 2	
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	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	Tier 2	QL (12 mL / 30 days)
NATACYN SUSP 5%	Tier 4	
<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>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) SOLN 10%</i>	Tier 2	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 1	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	Tier 2	
XDEMVY SOLN .25%	Tier 5	NDS, NM, PA
ZIRGAN GEL .15%	Tier 4	

ANTI-INFLAMMATORIES

<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	Tier 2	
<i>fluorometholone (ophth) SUSP .1%</i>	Tier 2	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%, .5%	Tier 2	
LOTEMAX OINT .5%	Tier 3	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	Tier 3	
ANTIALLERGICS		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	Tier 2	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	Tier 1	
ZERVIAE SOLN .24%	Tier 4	
ANTIGLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	Tier 2	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	Tier 1	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	Tier 2	ST
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	Tier 2	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	Tier 1	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 2-0.5%	Tier 1	
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	Tier 1	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	Tier 2	
LUMIGAN SOLN .01%	Tier 3	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	Tier 2	
RHOPRESSA SOLN .02%	Tier 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	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	Tier 2	
<i>flac OIL .01%</i>	Tier 2	
<i>fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone w/ acetic acid otic soln 1-2%</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	Tier 2	
<i>ofloxacin (otic) SOLN .3%</i>	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)
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	
SPIRIVA RESPIMAT AERS 1.25mcg/act	Tier 4	QL (1 inhaler / 30 days)

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 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>diphenhydramine hcl SOLN 50mg/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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	Tier 4	PA; PA applies if 65 years and older
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	Tier 3	PA; PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	Tier 3	PA; PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	Tier 2	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
BETA AGONISTS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	Tier 2	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	Tier 2	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	Tier 2	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	Tier 2	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	Tier 2	
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	Tier 2	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	Tier 3	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	Tier 2	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	Tier 3	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	Tier 3	QL (6 inhalers / 30 days)
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg	Tier 2	
<i>montelukast sodium</i> TABS 10mg	Tier 1	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	Tier 2	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	Tier 2	B/D

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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
<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
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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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
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)

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
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)
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>amneestem</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 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 phosph-benzoyl peroxide (refrig) gel 1.2 (1)-5%</i>	Tier 2	QL (45 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	Tier 2	QL (75 mL / 30 days), PA
<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)

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>erythromycin (acne aid) GEL 2%</i>	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid) SOLN 2%</i>	Tier 2	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	Tier 2	PA
<i>neuac</i>	Tier 2	QL (45 gm / 30 days)
<i>sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10%</i>	Tier 2	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%</i>	Tier 2	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical) GEL 1%</i>	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>zenatane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	Tier 2	PA

DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS

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

DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS

<i>ciclopirox SHAM 1%</i>	Tier 2	QL (120 mL / 30 days)
<i>ciclopirox olamine CREA .77%</i>	Tier 2	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine SUSP .77%</i>	Tier 2	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical) CREA 1%</i>	Tier 2	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical) SOLN 1%</i>	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 1%</i>	Tier 2	QL (85 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical) CREA 2%</i>	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical) SHAM 2%</i>	Tier 1	QL (120 mL / 30 days)
<i>klayesta POWD 100000unit/gm</i>	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc POWD 100000unit/gm</i>	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical) CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm</i>	Tier 2	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical) POWD 100000unit/gm</i>	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop POWD 100000unit/gm</i>	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>selenium sulfide LOTN 2.5%</i>	Tier 2	

DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS

<i>acitretin CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg</i>	Tier 2	PA
<i>calcipotriene CREA .005%; OINT .005%</i>	Tier 2	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene SOLN .005%</i>	Tier 2	QL (120 mL / 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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>calcitrene</i> OINT .005%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days), PA
ENSTILAR AER	Tier 5	NDS, QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> CREA .05%, .1%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days), PA

DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS

<i>ala-cort</i> CREA 1%	Tier 1	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; OINT .05%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05%	Tier 2	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05%	Tier 2	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1%	Tier 2	QL (120 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SHAM .05%	Tier 2	QL (236 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	Tier 2	QL (100 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days)
<i>clodan</i> SHAM .05%	Tier 2	QL (236 mL / 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%, .1%	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	

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

85

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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)

DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS

<i>glydo</i> PRSY 2%	Tier 2	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> OINT 5%	Tier 2	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	Tier 2	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	Tier 2	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	Tier 2	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>EUCRISA</i> OINT 2%	Tier 4	QL (120 gm / 30 days), PA
<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)

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

86

01/05/2026

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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

SANTYL OINT 250unit/gm	Tier 4	QL (180 gm / 30 days), PA
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	Tier 2	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	Tier 2	

MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS

<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	Tier 1	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg	Tier 2	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>kourzeq</i> PSTE .1%	Tier 2	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	Tier 2	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	Tier 2	
<i>periogard</i> SOLN .12%	Tier 1	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	Tier 2	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	Tier 2	

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos.
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . NDS - Suministro de días no extendidos

Índice

A	
<i>abacavir sulfate</i>	7
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	8
<i>abigale</i>	59
<i>abigale lo</i>	59
ABILIFY ASIMTUFII	38
ABILIFY MAINTENA	38
<i>abiraterone acetate</i>	14
<i>abirtega</i>	14
ABRYSVO	73
<i>acamprosate calcium</i>	50
<i>acarbose</i>	51
<i>accutane</i>	83
<i>acebutolol hcl</i>	31
<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>	32
<i>acetic acid</i>	66
<i>acetic acid (otic)</i>	78
<i>acetylcysteine</i>	80
<i>acitretin</i>	84
ACTHIB INJ	73
ACTIMMUNE	72
<i>acyclovir</i>	9
<i>acyclovir sodium</i>	9
ADACEL INJ.....	73
ADALIMUMAB-BWWD	68
<i>adefovir dipivoxil</i>	9
ADEMPAS.....	33
ADMELOG	52
ADMELOG SOLOSTAR	52
ADVAIR HFA AER 115/21	82
ADVAIR HFA AER 230/21	82
ADVAIR HFA AER 45/21	82
<i>afirmelle</i>	55
AIMOVIG	47
AIRSUPRA AER 90-80MCG.....	82
AKEEGA TAB 100/500.....	15
AKEEGA TAB 50/500MG	15
<i>ala-cort</i>	85
<i>albendazole</i>	4
<i>albuterol sulfate</i>	80
<i>alclometasone dipropionate</i>	85
ALCOHOL SWABS: EMBECTA-BD/MHC/RUGBY	52
ALDURAZYME	60
ALECENSA	17
<i>alendronate sodium</i>	54
<i>alfuzosin hcl</i>	66
<i>aliskiren fumarate</i>	33
<i>allopurinol</i>	2
<i>alose tron hcl</i>	64, 65
<i>alprazolam</i>	34
<i>altavera</i>	55
ALUNBRIG.....	17
ALUNBRIG PAK	17
ALVAIZ	67
ALVESCO	82
<i>alyacen 1/35</i>	55
<i>alyacen 7/7/7</i>	55
ALYFTREK TAB 10-50-125	81
ALYFTREK TAB 4-20-50.....	81
ALYGLO	71
<i>alyq</i>	33
<i>amantadine hcl</i>	37
<i>ambrisentan</i>	33
<i>amikacin sulfate</i>	4
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	32
<i>amiloride hcl</i>	32
<i>aminosyn ii soln 15%</i>	76
AMINOSYN INJ 10%	76
AMINOSYN-PF INJ 10%.....	76
<i>amiodarone hcl</i>	29
<i>amitriptyline hcl</i>	35
<i>amlodipine besylate</i>	31
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	26
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	26
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	26
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	26

<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	26	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	46
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	26	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	46
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	46
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	46
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	27	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	46
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	46
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	46
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	46
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	28	<i>amphotericin b</i>	6
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	28	<i>amphotericin b liposome</i>	6
<i>amnestem</i>	83	<i>ampicillin</i>	12
<i>amoxapine</i>	35	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	12
<i>amoxicillin</i>	12	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	12
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	12	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	12
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	12	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	12
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	12	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	12
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	12	<i>ampicillin sodium</i>	12
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	12	<i>anagrelide hcl</i>	67
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	12	<i>anastrozole</i>	15
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	12	<i>ANORO ELLIPT AER 62.5-25</i>	79
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	46	<i>aprepitant</i>	63
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	46	<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	63
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	46	<i>apri</i>	55
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	46	<i>APTIOM</i>	41
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	46	<i>APTIVUS</i>	7
		<i>ARALAST NP</i>	81
		<i>aranelle</i>	55
		<i>ARCALYST</i>	72
		<i>AREXVY</i>	73
		<i>ARIKAYCE</i>	4
		<i>aripiprazole</i>	38
		<i>ARISTADA</i>	38
		<i>ARISTADA INITIO</i>	38

<i>armodafinil</i>	49, 50	<i>baclofen</i>	49
ARNUIITY ELLIPTA.....	82	BAFIERTAM	49
<i>asenapine maleate</i>	38	<i>balsalazide disodium</i>	64
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-</i> <i>200 mg</i>	68	BALVERSA.....	17
ASTAGRAF XL.....	72	<i>balziva</i>	55
<i>atazanavir sulfate</i>	7	BARACLUDE	9
<i>atenolol</i>	31	BCG VACCINE.....	73
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25</i> <i>mg</i>	31	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-12.5 mg</i>	26
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	30	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-12.5 mg</i>	26
<i>atomoxetine hcl</i>	46, 47	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-25 mg</i>	26
<i>atorvastatin calcium</i>	30	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-</i> <i>6.25mg</i>	26
<i>atovaquone</i>	4	<i>benazepril hcl</i>	27
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100</i> <i>mg</i>	7	BENDAMUSTINE HYDROCHLORID.....	13
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25</i> <i>mg</i>	7	BENDEKA.....	13
ATROPINE SULFATE.....	78	BENLYSTA.....	72
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	78	<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-</i> <i>3%</i>	83
ATROVENT HFA.....	79	<i>benztropine mesylate</i>	37
<i>aubra eq</i>	55	BERINERT	67
AUGTYRO.....	17	<i>besifloxacin hcl</i>	77
<i>aurovela 1/20</i>	55	BESIVANCE	77
<i>aurovela fe 1/20</i>	55	BESREMI	16
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	55	<i>betaine powder for oral solution</i>	60
AUSTEDO.....	48	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	85
AUSTEDO XR.....	48	<i>betamethasone dipropionate</i> <i>augmented</i>	85
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	48	<i>betamethasone valerate</i>	85
AUVELITY TAB 45-105MG.....	35	BETASERON	49
<i>aviane</i>	55	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	78
AVMAPKI PAK FAKZYNJA.....	17	<i>bethanechol chloride</i>	66
<i>ayuna</i>	55	BEVESPI AER 9-4.8MCG.....	79
AYVAKIT	17	<i>bexarotene</i>	16
<i>azacitidine</i>	14	<i>bexarotene (topical)</i>	86
<i>azathioprine</i>	72	BEXSERO	73
<i>azelastine hcl</i>	79	<i>bicalutamide</i>	15
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	78	BICILLIN L-A	12
<i>azithromycin</i>	11	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	8
<i>aztreonam</i>	4	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	8
<i>azurette</i>	55	BILDYOS.....	54
B		BIMZELX.....	68
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	77	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-6.25 mg</i>	31
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	77		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc</i> <i>ophth oint 1%</i>	76		

<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
2.5-6.25 mg	31	2-0.5 mg (base equiv)	50
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-</i>		<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
6.25 mg	31	8-2 mg (base equiv)	50
<i>bisoprolol fumarate</i>	31	<i>bupropion hcl</i>	35
BIVIGAM.....	71	<i>bupropion hcl (smoking deterrent) ...</i>	50
<i>blisovi fe 1/20</i>	55	<i>bupirone hcl.....</i>	34
<i>blisovi fe 1.5/30.....</i>	55	<i>butorphanol tartrate.....</i>	3
BLUJEPA	4	C	
BONSITY.....	54	<i>cabergoline</i>	60
BOOSTRIX INJ	73	CABOMETYX	18
<i>bortezomib.....</i>	17	<i>calcipotriene.....</i>	84
BORTEZOMIB	17	<i>calcitonin (salmon) spray</i>	54
<i>bosentan</i>	33, 34	<i>calcitrene.....</i>	85
BOSULIF	17	<i>calcitriol.....</i>	62
BRAFTOVI	18	<i>calcitriol (oral)</i>	62
BREO ELLIPTA INH 100-25	83	CALQUENCE	18
BREO ELLIPTA INH 200-25	83	<i>camila</i>	55
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	83	<i>candesartan cilexetil.....</i>	29
<i>breyna.....</i>	83	CAPLYTA.....	38
BREZTRI AERO AER SPHERE	79	CAPRELSA.....	18
BREZTRI AERO AER SPHERE		<i>captopril</i>	27
(INSTITUTIONAL PACK)	79	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i>	
<i>briellyn</i>	55	15 mg.....	26
<i>brimonidine tartrate</i>	78	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i>	
<i>brinzolamide</i>	78	25 mg.....	26
<i>brivaracetam</i>	41	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i>	
BRIVIACT	41, 42	15 mg.....	26
<i>bromocriptine mesylate</i>	37	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i>	
BRUKINSA	18	25 mg.....	26
<i>budesonide</i>	64	<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-</i>	
<i>budesonide (inhalation)</i>	82	100mg.....	37
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd</i>		<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>	
aerosol 160-4.5 mcg/act	83	100mg.....	37
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd</i>		<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>	
aerosol 80-4.5 mcg/act	83	250mg.....	37
<i>bumetanide.....</i>	32	<i>carbamazepine</i>	42
<i>buprenorphine hcl</i>	50	<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	37
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	37
12-3 mg (base equiv)	50	<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	37
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100</i>	
2-0.5 mg (base equiv)	50	mg	37
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200</i>	
4-1 mg (base equiv)	50	mg	37
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>	
8-2 mg (base equiv)	50	12.5-50-200 mg.....	37

<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 18.75-75-200 mg	37	CERDELGA	60
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 25-100-200 mg	37	CEREZYME	60
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 31.25-125-200 mg	37	<i>cetirizine hcl</i>	79
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 37.5-150-200 mg	37	<i>chateal eq</i>	55
<i>carboplatin</i>	13	CHEMET	54
<i>carglumic acid</i>	60	<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	87
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	78	<i>chloroquine phosphate</i>	7
<i>cartia xt</i>	31	<i>chlorpromazine hcl</i>	38
<i>carvedilol</i>	31	<i>chlorthalidone</i>	32
<i>caspofungin acetate</i>	6	<i>cholestyramine</i>	30
CAYSTON	4	<i>cholestyramine light</i>	30
<i>cefaclor</i>	10	<i>ciclopirox</i>	84
<i>cefadroxil</i>	10	<i>ciclopirox olamine</i>	84
CEFAZOLIN	10	<i>cilostazol</i>	67
CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%	10	CILOXAN	77
CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%	10	CIMDUO TAB 300-300	8
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%	10	<i>cinacalcet hcl</i>	60
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2%	10	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i> ..	11
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	10	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i> ..	11
<i>cefazolin sodium</i>	10	<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> 0.3-0.1%	79
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	10	<i>ciprofloxacin hcl</i>	11
<i>cefdinir</i>	10	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	77
<i>cefepime hcl</i>	10	<i>cisplatin</i>	13
<i>cefixime</i>	10	<i>citalopram hydrobromide</i>	35
<i>cefotetan disodium</i>	10	<i>claravis</i>	83
<i>cefoxitin sodium</i>	10	<i>clarithromycin</i>	11
<i>cefpodoxime proxetil</i>	11	<i>clindamycin hcl</i>	4
<i>cefprozil</i>	11	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> ..	4
<i>ceftaroline fosamil</i>	11	<i>clindamycin phosphate</i>	4
<i>ceftazidime</i>	11	<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	83
<i>ceftriaxone sodium</i>	11	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	4
<i>cefuroxime axetil</i>	11	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	4
<i>cefuroxime sodium</i>	11	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	4
<i>celecoxib</i>	2	<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	66
<i>cephalexin</i>	11	<i>clindamycin phosph-benzoyl peroxide</i> (refrig) gel 1.2 (1)-5%	83
CEQR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	52	CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	4
CEQR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	52	CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	4
CEQR SIMPL MIS INSERTER	53	CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	4
		CLINIMIX INJ 4.25/D10	76
		CLINIMIX INJ 4.25/D5W	76
		CLINIMIX INJ 5%/D15W	76

CLINIMIX INJ 5%/D20W	76	CREON CAP 6000UNIT	65
CLINIMIX INJ 6/5	76	CRESEMBA.....	6
CLINIMIX INJ 8/10	76	<i>cromolyn sodium</i>	81
CLINIMIX INJ 8/14	76	<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	65
<i>clinisol sf 15%</i>	76	<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	78
CLINOLIPID EMU 20%	76	<i>cryselle</i>	55
<i>clobazam</i>	42	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	49
<i>clobetasol propionate</i>	85	<i>cyclophosphamide</i>	13
<i>clobetasol propionate e</i>	85	CYCLOPHOSPHAMIDE	13
<i>clodan</i>	85	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR....	14
<i>clomipramine hcl</i>	35	<i>cycloserine</i>	9
<i>clonazepam</i>	42	<i>cyclosporine</i>	72
<i>clonidine</i>	33	<i>cyclosporine modified (for</i>	
<i>clonidine hcl</i>	33	<i>microemulsion)</i>	72
<i>clopidogrel bisulfate</i>	68	<i>cyproheptadine hcl</i>	79
<i>clorazepate dipotassium</i>	42	<i>cyred eq</i>	55
<i>clotrimazole</i>	87	CYSTADROPS	78
<i>clotrimazole (topical)</i>	84	CYSTAGON.....	60
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i>		CYSTARAN	78
<i>1-0.05%</i>	84	<i>cytarabine</i>	14
<i>clozapine</i>	38	D	
COARTEM TAB 20-120MG	7	D10W/NACL INJ 0.2%	74
COBENFY CAP 100-20MG	39	D10W/NACL INJ 0.45%.....	74
COBENFY CAP 125-30MG	39	D2.5W/NACL INJ 0.45%.....	74
COBENFY CAP 50-20MG	39	D5W/NACL INJ 0.2%	74
COBENFY STRT CAP PACK	39	D5W/NACL INJ 0.45%	74
<i>colchicine</i>	2	<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	66
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500</i>		<i>dalfampridine</i>	49
<i>mg</i>	2	<i>danazol</i>	50
<i>colesevelam hcl</i>	30	<i>dantrolene sodium</i>	49
<i>colestipol hcl</i>	30	DANZITEN.....	18
<i>colistimethate sodium</i>	4	<i>dapagliflozin propanediol</i>	51
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	78	<i>dapsone</i>	4
COMBIVENT AER 20-100	79	DAPTACEL INJ	73
COMETRIQ (60MG DOSE).....	18	<i>daptomycin</i>	4
COMETRIQ KIT 100MG.....	18	DAPTOMYCIN	4
COMETRIQ KIT 140MG.....	18	<i>darunavir</i>	7
<i>compro</i>	63	<i>dasatinib</i>	18
<i>constulose</i>	64	<i>dasetta 1/35</i>	55
COPAXONE.....	49	<i>dasetta 7/7/7</i>	55
COPIKTRA	18	DAURISMO.....	18
CORLANOR.....	33	DAYVIGO	47
COTELLIC	18	<i>deblitane</i>	55
CREON CAP 12000UNT	65	<i>deferasirox</i>	54
CREON CAP 24000UNT	65	DELSTRIGO TAB	8
CREON CAP 3000UNIT	65	DENGVAXIA SUS.....	73
CREON CAP 36000UNT	65	DEPO-SUBQ PROVERA 104	55

<i>depo-testosterone</i>	50	DILANTIN	42
DESCOVY TAB 120-15MG.....	8	<i>diltiazem hcl</i>	31, 32
DESCOVY TAB 200/25MG.....	8	<i>diltiazem hcl coated beads</i>	32
<i>desipramine hcl</i>	35	<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	32
<i>desmopressin acetate</i>	60	<i>dilt-xr</i>	31
<i>desmopressin acetate spray</i>	60	<i>diphenhydramine hcl</i>	79
<i>desmopressin acetate spray</i>		<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i>	
<i>refrigerated</i>	60	0.025 mg	65
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab</i>		<i>dipyridamole</i>	68
0.15-0.02/0.01 mg(21/5).....	55	<i>disopyramide phosphate</i>	29
<i>desvenlafaxine succinate</i>	35	<i>disulfiram</i>	50
<i>dexamethasone</i>	59	<i>divalproex sodium</i>	43
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	59	<i>docetaxel</i>	16
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> ...	59	DOCETAXEL	16
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>		DOCIVYX	17
(<i>ophth</i>)	77	<i>dofetilide</i>	29
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	47	<i>donepezil hydrochloride</i>	34
<i>dextrose</i>	76	DOPTELET	68
DEXTROSE 10%.....	76	DOPTELET SPRINKLE	68
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride</i>		<i>dorzolamide hcl</i>	78
0.45%	74	<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth</i>	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	74	<i>soln 2-0.5%</i>	78
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i>		<i>dotti</i>	59
0.225%	74	DOVATO TAB 50-300MG	8
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>		<i>doxazosin mesylate</i>	27
.....	74	<i>doxepin hcl</i>	35
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>		<i>doxepin hcl (sleep)</i>	47
.....	74	<i>doxorubicin hcl</i>	16
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>		<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	16
.....	74	<i>doxy 100</i>	13
DEXTROSE 70%.....	76	<i>doxycycline (monohydrate)</i>	13
DIACOMIT.....	42	<i>doxycycline hyclate</i>	13
<i>diazepam</i>	42	DRIZALMA SPRINKLE.....	35
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	42	<i>dronabinol</i>	63
<i>diazepam inj</i>	42	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-</i>	
<i>diazepam intensol</i>	42	0.02 mg	55
<i>diazoxide</i>	60	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-</i>	
<i>diclofenac potassium</i>	2	0.03 mg	55
<i>diclofenac sodium</i>	2	DROXIA	68
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	77	<i>droxidopa</i>	33
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	86	DULERA AER 100-5MCG.....	83
<i>dicloxacillin sodium</i>	12	DULERA AER 200-5MCG.....	83
<i>dicyclomine hcl</i>	63	DULERA AER 50-5MCG.....	83
DIFICID	11	<i>duloxetine hcl</i>	35
<i>diflunisal</i>	2	DUPIXENT	68
<i>digoxin</i>	33	<i>dutasteride</i>	66
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	47		

<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	66	<i>endocet tab 5-325mg</i>	3
E		<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	3
<i>e.e.s. 400</i>	11	ENGERIX-B	73
<i>econazole nitrate</i>	84	<i>enilloring</i>	55
EDURANT	7	<i>enoxaparin sodium</i>	67
EDURANT PED	7	ENSACOVE	18
<i>efavirenz</i>	7	<i>enskyce</i>	55
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	8	ENSTILAR AER.....	85
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	8	<i>entacapone</i>	37
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	8	<i>entecavir</i>	9
ELIGARD.....	15	ENTRESTO CAP 15-16MG	28
<i>elinest</i>	55	ENTRESTO CAP 6-6MG.....	28
ELIQUIS	66, 67	<i>enulose</i>	64
ELIQUIS (1.5MG PACK) 3 X	67	EPCLUSA PAK 150-37.5	9
ELIQUIS (2MG PACK) 4 X	67	EPCLUSA PAK 200-50MG	9
ELIQUIS STARTER PACK	67	EPCLUSA TAB 200-50MG	9
<i>eluryng</i>	55	EPCLUSA TAB 400-100	9
EMGALITY	48	EPIDIOLEX	43
EMSAM	36	<i>epinephrine</i>	33
<i>emtricitabine</i>	7	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	81
<i>emtricitabine- rilpivirine-tenofovir df tab 200-25-300 mg</i>	8	<i>eplerenone</i>	27
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	8	<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	48
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	8	ERIVEDGE.....	18
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	8	ERLEADA	15
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	9	<i>erlotinib hcl</i>	18
EMTRIVA	7	<i>errin</i>	56
EMVERM	4	<i>ertapenem sodium</i>	4
<i>emzahn</i>	55	<i>ery</i>	83
<i>enalapril maleate</i>	27	ERYTHROCIN LACTOBIONATE	11
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	27	<i>erythromycin (acne aid)</i>	84
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	26	<i>erythromycin (ophth)</i>	77
ENBREL	69	<i>erythromycin base</i>	11
ENBREL MINI.....	69	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	11
ENBREL SURECLICK	69	<i>erythromycin lactobionate</i>	11
<i>endocet tab 10-325mg</i>	3	ERZOFRI.....	39
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	3	<i>escitalopram oxalate</i>	36
		<i>eslicarbazepine acetate</i>	43
		<i>esomeprazole magnesium</i>	65
		<i>estarylla</i>	56
		<i>estradiol</i>	59
		<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	59
		<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	59
		<i>estradiol vaginal</i>	59
		<i>estradiol valerate</i>	59

<i>ethambutol hcl</i>	9	FIASP FLEXTOUCH	53
<i>ethosuximide</i>	43	FIASP PENFILL.....	53
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	56	FIASP PUMPCART	53
<i>etodolac</i>	2	<i>fidaxomicin</i>	11
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	56	<i>finasteride</i>	66
<i>etoposide</i>	17	<i>fingolimod hcl</i>	49
<i>etravirine</i>	7	FINTEPLA.....	43
EUCRISA.....	86	FIRMAGON	15
EULEXIN	15	<i>flac</i>	79
<i>everolimus</i>	19	FLEBOGAMMA DIF.....	71
<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	72	<i>flecainide acetate</i>	29
EVOTAZ TAB 300-150	9	<i>fluconazole</i>	6
<i>exemestane</i>	15	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i>	6
EXXUA.....	36	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	6
EXXUA TITRATION PACK	36	<i>flucytosine</i>	6
EYSUVIS	78	<i>fludrocortisone acetate</i>	59
<i>ezetimibe</i>	30	<i>flunisolide (nasal)</i>	82
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i> .30		<i>fluocinolone acetonide</i>	85
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i> .30		<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	79
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i> .30		<i>fluocinonide</i>	85
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i> .30		<i>fluocinonide emulsified base</i>	85
F		<i>fluorometholone (ophth)</i>	77
FABRAZYME	60	<i>fluorouracil</i>	14
<i>falmina</i>	56	<i>fluorouracil (topical)</i>	86
<i>famciclovir</i>	9	<i>fluoxetine hcl</i>	36
<i>famotidine</i>	64	<i>fluphenazine decanoate</i>	39
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	64	<i>fluphenazine hcl</i>	39
FANAPT	39	<i>flurbiprofen</i>	2
FANAPT PAK PACK A.....	39	<i>flurbiprofen sodium</i>	77
FANAPT PAK PACK B.....	39	<i>fluticasone propionate</i>	85
FANAPT PAK PACK C.....	39	<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	82
FARXIGA.....	51	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	83
FASENRA	81	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	83
FASENRA PEN.....	81	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	83
<i>feirza 1/20</i>	56	<i>fluvoxamine maleate</i>	34
<i>feirza 1.5/30</i>	56	<i>fondaparinux sodium</i>	67
<i>felbamate</i>	43	<i>fosamprenavir calcium</i>	7
<i>felodipine</i>	32	<i>fosfomycin tromethamine</i>	4
<i>fenofibrate</i>	30	<i>fosinopril sodium</i>	27
<i>fenofibrate micronized</i>	30	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	27
<i>fentanyl</i>	2		
FETZIMA.....	36		
FETZIMA CAP TITRATIO	36		
FIASP.....	53		

<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i>		<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	84
<i>tab 20-12.5 mg</i>	27	GENVOYA TAB	9
FOTIVDA	19	GILOTRIF	19
FRINDOVYX	14	<i>glatiramer acetate</i>	49
FRUZAQLA	19	<i>glatopa</i>	49
FULPHILA	67	GLEOSTINE	14
<i>fulvestrant</i>	15	<i>glimepiride</i>	51
<i>furosemide</i>	32	<i>glipizide</i>	51
<i>furosemide inj</i>	32	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	59	51
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	59	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	
FYCOMPA	43	51
G		<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	51
<i>gabapentin</i>	43	<i>glycopyrrolate</i>	63
<i>galantamine hydrobromide</i>	35	<i>glydo</i>	86
<i>gallifrey</i>	62	GLYXAMBI TAB 10-5 MG	51
GAMASTAN INJ	71	GLYXAMBI TAB 25-5 MG	51
GAMMAGARD LIQUID	71	GOMEKLI	19
GAMMAGARD LIQUID ERC	71	<i>granisetron hcl</i>	63
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	71	<i>griseofulvin microsize</i>	6
GAMMAKED	71	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	6
GAMMAPLEX	71	<i>guanfacine hcl</i>	33
GAMUNEX-C	72	<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	47
<i>ganciclovir sodium</i>	9	H	
GARDASIL 9	73	HADLIMA	69
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	77	HADLIMA PUSHTOUCH	69
GATTEX	65	HAEGARDA	68
GAUZE PADS 2	53	<i>hailey 1.5/30</i>	56
<i>gavilyte-c</i>	64	<i>hailey fe 1/20</i>	56
<i>gavilyte-g</i>	64	<i>halobetasol propionate</i>	85
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	64	<i>haloperidol</i>	39
GAVRETO	19	<i>haloperidol decanoate</i>	39
<i>gefitinib</i>	19	<i>haloperidol lactate</i>	39
<i>gemcitabine hcl</i>	14	HAVRIX	73
<i>gemfibrozil</i>	30	<i>heather</i>	56
GEMTESA	66	<i>heparin sodium (porcine)</i>	67
<i>generlac</i>	64	HEPLISAV-B	73
<i>gengraf</i>	72	HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	67
GENOTROPIN	60	HERCEP HYLEC SOL 60-10000	19
GENOTROPIN MINIQUICK	60, 61	HERCEPTIN	19
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	4	HERCESSI	19
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	4	HERNEXEOS	19
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	4	HERZUMA	19
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	4	HIBERIX	73
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	4	HUMIRA	69
<i>gentamicin sulfate</i>	5	HUMIRA PEN	69
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	77	HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	69

HUMIRA PEN KIT PS/UV	69	<i>imiquimod</i>	86
HUMULIN R U-500 (CONCENTR	53	IMKELDI	20
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	53	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	73
<i>hydralazine hcl</i>	33	IMPAVIDO.....	5
<i>hydrochlorothiazide</i>	32	INBRIJA	38
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i> <i>325 mg/15ml</i>	3	<i>incassia</i>	56
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i>	3	INCRELEX	61
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325</i> <i>mg</i>	3	INCRUSE ELLIPTA	79
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i>	3	<i>indapamide</i>	32
<i>hydrocodone bitartrate</i>	2	INFANRIX INJ	73
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	3	INFLIXIMAB.....	69
<i>hydrocortisone</i>	60	INLURIYO	15
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	64	INLYTA	20
<i>hydrocortisone (rectal)</i>	86	INQOVI TAB 35-100MG.....	14
<i>hydrocortisone (topical)</i>	85, 86	INREBIC	20
<i>hydrocortisone sod succinate</i>	60	INSULIN PEN NEEDLES: EMBECTA-BD	53
<i>hydrocortisone valerate</i>	86	INSULIN SAFETY NEEDLES: EMBECTA- BD	53
<i>hydrocortisone w/ acetic acid otic soln</i> <i>1-2%</i>	79	INSULIN SYRINGES: EMBECTA-BD ...	53
<i>hydromorphone hcl</i>	3	INTELENCE	7
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	71	INTRALIPID.....	76
<i>hydroxyurea</i>	16	<i>introvale</i>	56
<i>hydroxyzine hcl</i>	80	INVEGA HAFYERA.....	39
<i>hydroxyzine pamoate</i>	80	INVEGA SUSTENNA	39
HYRNUO	19	INVEGA TRINZA.....	39
I		IPOL INJ INACTIVE.....	73
<i>ibandronate sodium</i>	54	<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-</i> <i>2.5(3) mg/3ml</i>	79
IBRANCE.....	19	<i>ipratropium bromide</i>	79
IBTROZI	19	<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	79
<i>ibu</i>	2	<i>irbesartan</i>	29
<i>ibuprofen</i>	2	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i> <i>150-12.5 mg</i>	28
<i>icatibant acetate</i>	68	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i> <i>300-12.5 mg</i>	28
<i>iclevia</i>	56	<i>irinotecan hcl</i>	16
ICLUSIG	19	ISENTRESS	7
IDHIFA	19	ISENTRESS HD.....	7
<i>imatinib mesylate</i>	19, 20	<i>isibloom</i>	56
IMBRUVICA	20	ISOLYTE-P INJ /D5W	74
<i>imipenem-cilastatin intravenous for</i> <i>soln 250 mg</i>	5	ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	74
<i>imipenem-cilastatin intravenous for</i> <i>soln 500 mg</i>	5	<i>isoniazid</i>	9
<i>imipramine hcl</i>	36	<i>isosorbide dinitrate</i>	33
		<i>isosorbide mononitrate</i>	33
		<i>isotretinoin</i>	84
		ITOVEBI	20

<i>itraconazole</i>	6	<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.9% inj</i>	74
<i>ivabradine hcl</i>	33	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.45% inj</i>	74
<i>ivermectin</i>	5	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.9% inj</i>	74
IWILFIN.....	16	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	74
IXIARO INJ.....	73	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	74
J		<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	74
JAKAFI	20	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5%</i> <i>& nacl 0.45% inj</i>	75
<i>jantoven</i>	67	<i>kcl 40 meq/l (0.298%) in nacl 0.9% inj</i>	75
JANUMET TAB 50-1000	51	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.45% inj</i>	75
JANUMET TAB 50-500MG	51	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.9% inj</i>	75
JANUMET XR TAB 100-1000.....	51	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	75
JANUMET XR TAB 50-1000	51	<i>kelnor 1/35</i>	56
JANUMET XR TAB 50-500MG.....	51	KERENDIA.....	27
JANUVIA	51	KESIMPTA	49
JARDIANCE	51	<i>ketoconazole</i>	6
<i>jasmiel</i>	56	<i>ketoconazole (topical)</i>	84
<i>javygtor</i>	61	<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	78
JAYPIRCA	20	KEYTRUDA	20
<i>jencycla</i>	56	KEYTRUDA INJ QLEX 395-4800 MG- UNIT/2.4ML.....	20
JENTADUETO TAB 2.5-1000.....	51	KEYTRUDA INJ QLEX 790-9600 MG- UNIT/4.8ML.....	20
JENTADUETO TAB 2.5-500	51	KINERET	69
JENTADUETO TAB 2.5-850	51	KINRIX INJ.....	73
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG ...	51	<i>kionex</i>	54
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	51	KISQALI 200 DOSE	20
<i>jinteli</i>	59	KISQALI 400 DOSE	20
<i>jolessa</i>	56	KISQALI 400 PAK FEMARA.....	20
<i>juleber</i>	56	KISQALI 600 DOSE	20
JULUCA TAB 50-25MG	9	KISQALI 600 PAK FEMARA.....	21
<i>junel 1/20</i>	56	<i>klayesta</i>	84
<i>junel 1.5/30</i>	56	<i>klor-con</i>	75
<i>junel fe 1/20</i>	56	<i>klor-con 10</i>	75
<i>junel fe 1.5/30</i>	56	KLOR-CON 10.....	75
JYLAMVO	71	KLOR-CON 8.....	75
JYNNEOS	73	<i>klor-con m10</i>	75
K		<i>klor-con m15</i>	75
KADCYLA	20	<i>klor-con m20</i>	75
KALETRA SOL.....	9	KLOXXADO.....	50
KALYDECO	81		
KANJINTI	20		
<i>kariva</i>	56		
KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2	75		
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....	75		
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5%</i> <i>& nacl 0.45% inj</i>	74		
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45%</i> <i>inj</i>	74		

KOMZIFTI	21	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>	
KOSELUGO.....	21	1000 mg/100ml	43
<i>kourzeq</i>	87	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>	
KRAZATI.....	21	1500 mg/100ml	44
<i>kurvelo</i>	56	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>	
L		500 mg/100ml	43
<i>labetalol hcl</i>	31	<i>levobunolol hcl</i>	78
<i>lacosamide</i>	43	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> ..	61
<i>lacosamide oral</i>	43	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	80
<i>lactated ringer's solution</i>	75	<i>levofloxacin</i>	11
LACTATED RIN INJ	75	<i>levofloxacin in d5w iv soln 250</i>	
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	86	mg/50ml	11
<i>lactulose</i>	64	<i>levofloxacin in d5w iv soln 500</i>	
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	64	mg/100ml	11
<i>lamivudine</i>	7	<i>levofloxacin in d5w iv soln 750</i>	
<i>lamivudine (hbv)</i>	9	mg/150ml	11
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>		<i>levonest</i>	56
.....	9	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-</i>	
<i>lamotrigine</i>	43	<i>day) tab 0.15-0.03 mg</i>	56
<i>lanreotide acetate</i>	61	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i>	
<i>lansoprazole</i>	65	0.1 mg-20 mcg	56
LANTUS	53	<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-</i>	
LANTUS SOLOSTAR	53	30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	56
<i>lapatinib ditosylate</i>	21	<i>levora 0.15/30-28</i>	56
<i>larin 1/20</i>	56	<i>levo-t</i>	62
<i>larin 1.5/30</i>	56	<i>levothyroxine sodium</i>	62
<i>larin fe 1/20</i>	56	<i>levoxyl</i>	62
<i>larin fe 1.5/30</i>	56	<i>l-glutamine (sickle cell)</i>	68
<i>latanoprost</i>	78	<i>lidocaine</i>	86
LAZCLUZE.....	21	<i>lidocaine hcl</i>	86
<i>leflunomide</i>	71	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	2
<i>lenalidomide</i>	16	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	87
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	21	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	86
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	21	<i>lidocan</i>	86
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	21	LILETTA	56
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	21	<i>linezolid</i>	5
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	21	LINEZOLID INJ 2MG/ML.....	5
LENVIMA CAP 14 MG	21	LINZESS	65
LENVIMA CAP 18 MG	21	<i>liomny</i>	62
LENVIMA CAP 24 MG	21	<i>liothyronine sodium</i>	62
<i>lessina</i>	56	<i>lisinopril</i>	27
<i>letrozole</i>	15	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-</i>	
<i>leucovorin calcium</i>	16	12.5 mg.....	27
LEUKERAN	14	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i>	
<i>leuprolide acetate</i>	15	12.5 mg	27
<i>levabuterol tartrate</i>	80	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i>	
<i>levetiracetam</i>	43	25 mg.....	27

<i>lithium</i>	48	LYBALVI TAB 20-10MG	40
<i>lithium carbonate</i>	48	LYBALVI TAB 5-10MG	40
LIVTENCITY.....	10	<i>lyleq</i>	57
<i>loestrin 1/20-21</i>	56	<i>lyllana</i>	59
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	56	LYNPARZA.....	22
<i>loestrin fe 1/20</i>	57	LYSODREN	15
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	57	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	22
LOKELMA	54	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	22
<i>lomustine</i>	14	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	22
LONSURF TAB 15-6.14.....	14	<i>lyza</i>	57
LONSURF TAB 20-8.19.....	14	M	
<i>loperamide hcl</i>	65	<i>magnesium sulfate</i>	75
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	9	MAGNESIUM SULFATE	75
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	9	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv</i>	
<i>lorazepam</i>	34	<i>soln 1 gm/100ml</i>	75
<i>lorazepam intensol</i>	34	<i>malathion</i>	87
LORBRENA	21	<i>maraviroc</i>	7
<i>loryna</i>	57	<i>marlissa</i>	57
<i>losartan potassium</i>	29	MARPLAN	36
<i>losartan potassium &</i>		MATULANE	16
<i>hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>		MAVYRET PAK 50-20MG	10
.....	28	MAVYRET TAB 100-40MG	10
<i>losartan potassium &</i>		<i>meclizine hcl</i>	63
<i>hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	28	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	62
<i>losartan potassium &</i>		<i>medroxyprogesterone acetate</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	28	<i>(contraceptive)</i>	57
LOTEMAX	78	<i>mefloquine hcl</i>	7
<i>loteprednol etabonate-tobramycin</i>		<i>megestrol acetate</i>	15, 62
<i>ophth susp 0.5-0.3%</i>	77	<i>megestrol acetate (appetite)</i>	62
<i>lovastatin</i>	30	MEKINIST	22
<i>low-ogestrel</i>	57	MEKTOVI	22
<i>loxapine succinate</i>	39	<i>meleya</i>	57
<i>luizza 1/20</i>	57	<i>meloxicam</i>	2
<i>luizza 1.5/30</i>	57	<i>memantine hcl</i>	35
LUMAKRAS	21, 22	<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er</i>	
LUMIGAN	78	<i>24hr 14-10 mg</i>	35
LUMIZYME	61	<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er</i>	
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	15	<i>24hr 21-10 mg</i>	35
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	15	<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er</i>	
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH	61	<i>24hr 28-10 mg</i>	35
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH	61	MENQUADFI	73
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH	61	MENVEO INJ.....	73
<i>lurasidone hcl</i>	39	MENVEO SOL.....	73
<i>lutra</i>	57	<i>mercaptopurine</i>	14
LYBALVI TAB 10-10MG	40	<i>meropenem</i>	5
LYBALVI TAB 15-10MG	40	<i>mesalamine</i>	64
		<i>mesalamine w/ cleanser</i>	64

<i>mesna</i>	16	<i>mometasone furoate</i>	86
<i>metformin hcl</i>	51, 52	MONJUVI	22
<i>methadone hcl</i>	2, 3	<i>mono-linyah</i>	57
<i>methadone hydrochloride i</i>	3	<i>montelukast sodium</i>	80
<i>methazolamide</i>	32	<i>morphine sulfate</i>	3
<i>methenamine hippurate</i>	5	MOUNJARO	52
<i>methimazole</i>	62	MOVANTIK	65
<i>methotrexate sodium</i>	14, 71	<i>moxifloxacin hcl</i>	11
<i>methsuximide</i>	44	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	77
<i>methylphenidate hcl</i>	47	<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in</i> <i>sodium chloride 0.8% inj</i>	12
<i>methylprednisolone</i>	60	MRESVIA	73
<i>methylprednisolone acetate</i>	60	MULTAQ.....	29
<i>methylprednisolone sod succ</i>	60	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	75
<i>metoclopramide hcl</i>	63	<i>mupirocin</i>	84
<i>metolazone</i>	32	<i>mycophenolate mofetil</i>	72
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> <i>100-25 mg</i>	31	<i>mycophenolate sodium</i>	72
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> <i>100-50 mg</i>	31	MYRBETRIQ.....	66
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> <i>50-25 mg</i>	31	N	
<i>metoprolol succinate</i>	31	<i>nabumetone</i>	2
<i>metoprolol tartrate</i>	31	<i>nadolol</i>	31
<i>metronidazole</i>	5	<i>nafcillin sodium</i>	12
<i>metronidazole (topical)</i>	86	NAGLAZYME	61
<i>metronidazole vaginal</i>	66	<i>naloxone hcl</i>	50
<i>metyrosine</i>	33	<i>naltrexone hcl</i>	50
<i>micafungin sodium</i>	6	NAMZARIC CAP 7-10MG.....	35
<i>microgestin 1/20</i>	57	<i>naproxen</i>	2
<i>microgestin 1.5/30</i>	57	<i>naproxen sodium</i>	2
<i>microgestin fe 1/20</i>	57	<i>naratriptan hcl</i>	48
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	57	NATACYN	77
<i>midodrine hcl</i>	33	<i>nateglinide</i>	52
MIEBO	78	NAYZILAM.....	44
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i>	61	<i>nebivolol hcl</i>	31
<i>mili</i>	57	<i>necon 0.5/35-28</i>	57
<i>mimvey</i>	59	<i>nefazodone hcl</i>	36
<i>minocycline hcl</i>	13	<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx</i> <i>5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i> 77	
<i>minoxidil</i>	33	<i>neomycin-polymy-gramicid op sol</i> <i>1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i> ..77	
<i>mirtazapine</i>	36	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> <i>ophth oint 0.1%</i>	77
<i>misoprostol</i>	65	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> <i>ophth susp 0.1%</i>	77
M-M-R II INJ	73	<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i> ..77	
M-NATAL PLUS TAB	75	<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i> 79	
<i>modafinil</i>	50	<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5</i> <i>mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	79
MODEYSO	16		
<i>moexipril hcl</i>	27		
<i>molindone hcl</i>	40		

<i>neomycin sulfate</i>	5	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	58
NERLYNX	22	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	58
<i>neucac</i>	84	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	58
<i>nevirapine</i>	7	<i>nortrel 7/7/7</i>	58
NEXLETOL.....	30	<i>nortriptyline hcl</i>	36
NEXLIZET TAB 180/10MG.....	30	NORVIR.....	7
NEXPLANON	57	NOVOLIN INJ 70/30	53
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	30	NOVOLIN INJ 70/30 FP	53
NICOTROL NS.....	50	NOVOLIN N	53
<i>nifedipine</i>	32	NOVOLIN N FLEXPEN	53
<i>nikki</i>	57	NOVOLIN R	53
<i>nilotinib hcl</i>	22	NOVOLIN R FLEXPEN	53
<i>nilutamide</i>	15	NOVOLOG	53
<i>nimodipine</i>	32	NOVOLOG FLEXPEN.....	53
NINLARO	22	NOVOLOG FLEXPEN RELION	53
<i>nitazoxanide</i>	5	NOVOLOG MIX INJ 70/30	53
<i>nitisinone</i>	61	NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	53
NITRO-BID.....	33	NOVOLOG PENFILL.....	53
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	5	NOVOLOG RELION	53
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	5	NUBEQA	15
<i>nitroglycerin</i>	33	NUDEXTA CAP 20-10MG.....	48
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i>	86	NULOJIX	72
<i>nizatidine</i>	64	NUPLAZID	40
<i>nora-be</i>	57	NURTEC.....	48
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td</i>		NUTRILIPID.....	76
<i>ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	57	NUZYRA.....	13
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	57	<i>nyamyc</i>	84
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe</i>		<i>nylia 1/35</i>	58
<i>tab 1 mg-20 mcg</i>	57	<i>nylia 7/7/7</i>	58
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol</i>		<i>nystatin</i>	6
<i>tab 1.5 mg-30 mcg</i>	57	<i>nystatin (mouth-throat)</i>	87
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol</i>		<i>nystatin (topical)</i>	84
<i>tab 1 mg-20 mcg</i>	57	<i>nystop</i>	84
<i>norethindrone acetate</i>	62	●	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>		OCTAGAM	72
<i>tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	59	<i>octreotide acetate</i>	61
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>		ODEFSEY TAB.....	9
<i>tab 1 mg-5 mcg</i>	59	ODOMZO	22
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab</i>		OFEV.....	81
<i>1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	57	<i>ofloxacin (ophth)</i>	77
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab</i>		<i>ofloxacin (otic)</i>	79
<i>0.25 mg-35 mcg</i>	57	OGIVRI.....	22
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i>		OGSIVEO	22
<i>25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	57	OJEMDA.....	22
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i>		OJJAARA.....	22
<i>35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	57	<i>olanzapine</i>	40
<i>norlyroc</i>	57		

<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	28	OSPOMYV	54
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	28	<i>oxacillin sodium</i>	12
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	28	<i>oxaliplatin</i>	14
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	28	<i>oxcarbazepine</i>	44
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	28	<i>oxybutynin chloride</i>	66
<i>olmesartan medoxomil</i>	29	<i>oxycodone hcl</i>	3
<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	28	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10- 325 mg</i>	4
<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	28	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5- 325 mg</i>	3
<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> .	28	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5- 325 mg</i>	3
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> .	30	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5- 325 mg</i>	3
<i>omeprazole</i>	65	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) ...	52
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	53	OZEMPIC (1MG/DOSE)	52
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6.....	53	OZEMPIC (2MG/DOSE)	52
OMNIPOD 5 L2 KIT INTRO G6.....	53	P	
OMNIPOD 5 L2 MIS PODS G6.....	53	<i>pacerone</i>	29
OMNIPOD DASH KIT INTRO	54	<i>paclitaxel</i>	17
OMNIPOD DASH MIS PODS	54	<i>paclitaxel inj 100mg</i>	17
<i>ondansetron</i>	63	<i>paliperidone</i>	40
<i>ondansetron hcl</i>	63	<i>pamidronate disodium</i>	54
ONTRUZANT.....	22	PAMIDRONATE DISODIUM.....	54
ONUREG	14	PANRETIN	87
OPIPZA.....	40	<i>pantoprazole sodium</i>	66
OPSUMIT	34	PANZYGA	72
ORGOVYX	15	<i>paricalcitol</i>	62
ORKAMBI GRA 100-125	81	<i>paroxetine hcl</i>	36
ORKAMBI GRA 150-188	81	PAXLOVID PAK	10
ORKAMBI GRA 75-94MG	81	PAXLOVID TAB 150-100.....	10
ORKAMBI TAB 100-125.....	81	PAXLOVID TAB 300-100.....	10
ORKAMBI TAB 200-125.....	81	<i>pazopanib hcl</i>	22
<i>orquidea</i>	58	PEDIARIX INJ 0.5ML.....	73
ORSERDU	15	PEDVAX HIB	73
<i>oseltamivir phosphate</i>	10	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	64
		<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	64
		PEGASYS	10
		PEMAZYRE	23
		<i>pemetrexed disodium</i>	14
		PENBRAYA INJ	73
		<i>penicillamine</i>	54
		<i>penicillin g potassium</i>	12
		<i>penicillin g sodium</i>	12
		<i>penicillin v potassium</i>	12

PENMENVY INJ.....	73	<i>plenamine</i>	76
PENTACEL INJ	73	PLENVU SOL.....	64
<i>pentamidine isethionate inh</i>	5	<i>podofilox</i>	87
<i>pentamidine isethionate inj</i>	5	<i>polymyxin b sulfate</i>	5
<i>pentoxifylline</i>	68	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln</i> 10000 unit/ml-0.1%	77
<i>perampanel</i>	44	<i>pomalidomide</i>	16
<i>perindopril erbumine</i>	27	POMALYST	16
<i>perio gard</i>	87	<i>portia-28</i>	58
<i>permethrin</i>	87	<i>posaconazole</i>	6
<i>perphenazine</i>	40	<i>potassium chloride</i>	75, 76
<i>pfizerpen</i>	13	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%)</i> <i>in dextrose 5% inj</i>	75
<i>phenelzine sulfate</i>	36	<i>potassium chloride microencapsulated</i> <i>crystals er</i>	76
<i>phenobarbital</i>	44	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	66
<i>phenobarbital sodium</i>	44	POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ	75
<i>phenytek</i>	44	POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	75
<i>phenytoin</i>	44	POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	75
<i>phenytoin sodium</i>	44	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	38
<i>phenytoin sodium extended</i>	44	<i>prasugrel hcl</i>	68
PHESGO SOL.....	23	<i>pravastatin sodium</i>	30
<i>philith</i>	58	<i>praziquantel</i>	5
PIFELTRO	7	<i>prazosin hcl</i>	27
<i>pilocarpine hcl</i>	78	<i>prednisolone</i>	60
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	87	<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	78
<i>pimecrolimus</i>	87	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP.....	78
<i>pimozide</i>	40	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	60
<i>pimtrea</i>	58	<i>prednisone</i>	60
<i>pindolol</i>	31	PREDNISONE INTENSOL	60
<i>pioglitazone hcl</i>	52	<i>pregabalin</i>	44
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-</i> <i>500 mg</i>	52	PREMASOL SOL 10%	76
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-</i> <i>850 mg</i>	52	PRENATAL TAB 27-1MG	76
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj</i> <i>3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	13	PRENATAL TAB PLUS	76
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> <i>13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	13	<i>prevalite</i>	30
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> <i>2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	13	PREVYMIS	10
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> <i>4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	13	PREZCOBIX TAB 675/150.....	9
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> <i>40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	13	PREZCOBIX TAB 800-150.....	9
PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	23	PREZISTA	7, 8
PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	23	PRIFTIN.....	9
PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	23	<i>primaquine phosphate</i>	7
<i>pirfenidone</i>	81	PRIMAQUINE PHOSPHATE	7
<i>piroxicam</i>	2	<i>primidone</i>	44
		PRIORIX INJ.....	73

PRIVIGEN	72	REMICADE	69
<i>probenecid</i>	2	RENFLEXIS.....	70
<i>prochlorperazine</i>	63	<i>repaglinide</i>	52
<i>prochlorperazine edisylate</i>	63	REPATHA	30
<i>prochlorperazine maleate</i>	63	REPATHA SURECLICK	30
PROCRIT.....	67	RESTASIS	78
<i>proctocort</i>	87	RESTASIS MULTIDOSE.....	78
<i>procto-med hc</i>	87	RETEVMO.....	23
<i>proctosol hc</i>	87	REVCOVI	61
<i>proctozone-hc</i>	87	REVUFORJ.....	23
<i>progesterone</i>	62	REXULTI	40
PROGRAF	72	REYATAZ	8
PROLASTIN-C	81	REZDIFFRA	61
PROLIA.....	54	REZLIDHIA.....	23
<i>promethazine hcl</i>	63	REZUROCK.....	72
<i>propafenone hcl</i>	29	RHOPRESSA	78
<i>proparacaine hcl</i>	78	<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	10
<i>propranolol hcl</i>	31	<i>rifabutin</i>	9
<i>propylthiouracil</i>	62	<i>rifampin</i>	9
PROQUAD INJ.....	73	<i>rilpivirine hcl</i>	8
PROSOL INJ 20%	76	<i>riluzole</i>	49
<i>protriptyline hcl</i>	36	<i>rimantadine hydrochloride</i>	10
PULMOZYME	81	RINVOQ.....	70
<i>pyrazinamide</i>	9	RINVOQ LQ	70
<i>pyridostigmine bromide</i>	49	<i>risperidone</i>	40, 41
<i>pyrimethamine</i>	5	<i>risperidone microspheres</i>	41
PYZCHIVA	69	<i>ritonavir</i>	8
Q		<i>rivaroxaban</i>	67
QINLOCK	23	<i>rivastigmine</i>	35
QUADRACEL INJ 0.5ML	73	<i>rivastigmine tartrate</i>	35
<i>quetiapine fumarate</i>	40	<i>rizatriptan benzoate</i>	48
<i>quinapril hcl</i>	27	ROCKLATAN DRO	78
<i>quinidine sulfate</i>	29	<i>roflumilast</i>	81
<i>quinine sulfate</i>	7	ROMVIMZA.....	23
QULIPTA	48	<i>ropinirole hydrochloride</i>	38
R		<i>rosuvastatin calcium</i>	30
RABAVERT INJ	73	ROTARIX SUS.....	73
RALDESY	36	ROTATEQ SOL	74
<i>raloxifene hcl</i>	61	<i>roweepra</i>	44
<i>ramelteon</i>	47	ROZLYTREK.....	23
<i>ramipril</i>	27	RUBRACA.....	23
<i>ranolazine</i>	33	<i>rufinamide</i>	44, 45
<i>rasagiline mesylate</i>	38	RUKOBIA	8
<i>reclipsen</i>	58	RYBELSUS.....	52
RECOMBIVAX HB	73	RYDAPT	23
RELENZA DISKHALER	10	S	
RELISTOR	65	<i>sacubitril-valsartan tab 24-26 mg</i>	28

<i>sacubitril-valsartan tab 49-51 mg</i>	28	<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	29
<i>sacubitril-valsartan tab 97-103 mg</i>	29	SOTYKTU	70
<i>sajazir</i>	68	SPIRIVA RESPIMAT	79
SANTYL	87	<i>spironolactone</i>	27
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	61	<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>	
SCSEMBLIX.....	23	<i>tab 25-25 mg</i>	32
<i>scopolamine</i>	63	<i>sprintec 28</i>	58
SECUADO	41	SPRITAM.....	45
<i>selegiline hcl</i>	38	<i>sps</i>	55
<i>selenium sulfide</i>	84	<i>sps rectal</i>	55
SELZENTRY	8	<i>sronyx</i>	58
SEREVENT DISKUS.....	80	<i>ssd</i>	84
<i>sertraline hcl</i>	36	STELARA.....	70
<i>setlakin</i>	58	STIVARGA.....	24
<i>sharobel</i>	58	<i>streptomycin sulfate</i>	5
SHINGRIX	74	STRIBILD TAB	9
SIGNIFOR	61	<i>subvenite</i>	45
SIKLOS.....	68	SUBVENITE	45
<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>		<i>sucralfate</i>	65
<i>hypertension)</i>	34	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	84
<i>silver sulfadiazine</i>	84	<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	77
SIMBRINZA SUS 1-0.2%.....	78	<i>sulfacetamide sodium-prednisolone</i>	
<i>simliya</i>	58	<i>ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	77
<i>simvastatin</i>	30	<i>sulfadiazine</i>	5
<i>sirolimus</i>	72	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i>	
SIRTURO	9	<i>400-80 mg/5ml</i>	5
SKYRIZI.....	70	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i>	
SKYRIZI PEN	70	<i>200-40 mg/5ml</i>	5
<i>sodium chloride</i>	75	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>	
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	87	<i>400-80 mg</i>	5
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f)</i>		<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>	
<i>mg/ml soln</i>	76	<i>800-160 mg</i>	5
<i>sodium oxybate</i>	50	SULFAMYLON	84
<i>sodium phenylbutyrate</i>	61	<i>sulfasalazine</i>	64
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	54	<i>sulindac</i>	2
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>		<i>sumatriptan</i>	48
.....	55	<i>sumatriptan succinate</i>	48
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i>		<i>sunitinib malate</i>	24
<i>17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	64	SUNLENCA.....	8
<i>solifenacin succinate</i>	66	<i>syeda</i>	58
SOLIQUA INJ 100/33	54	SYMDEKO TAB 100-150	81
SOLTAMOX.....	15	SYMDEKO TAB 50-75MG	81
SOLU-CORTEF	60	SYMPAZAN.....	45
SOMATULINE DEPOT	61	SYMTUZA TAB	9
SOMAVERT.....	61	SYNAREL	61
<i>sorafenib tosylate</i>	23	SYNTHROID	62
<i>sotalol hcl</i>	29		

T	
TABLOID.....	14
TABRECTA.....	24
<i>tacrolimus</i>	73
<i>tacrolimus (topical)</i>	87
<i>tadalafil</i>	66
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> ...	34
TAFINLAR.....	24
TAGRISSE.....	24
TALZENNA.....	24
<i>tamoxifen citrate</i>	15
<i>tamsulosin hcl</i>	66
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	58
<i>tasimelteon</i>	47
TAVNEOS.....	68
<i>tazarotene</i>	85
<i>tazicef</i>	11
TAZVERIK.....	24
TECENTRIQ.....	24
TECENTRIQ INJ HYBREZA.....	24
TEFLARO.....	11
<i>telmisartan</i>	29
<i>temazepam</i>	47
TENIVAC INJ 5-2LF.....	74
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	8
TEPMETKO.....	24
<i>terazosin hcl</i>	27
<i>terbinafine hcl</i>	6
<i>terbutaline sulfate</i>	80
<i>terconazole vaginal</i>	66
<i>teriparatide</i>	54
TERIPARATIDE.....	54
<i>testosterone</i>	51
<i>testosterone cypionate</i>	51
<i>testosterone enanthate</i>	51
<i>testosterone pump</i>	51
<i>tetrabenazine</i>	49
<i>tetracycline hcl</i>	13
THALOMID.....	16
<i>theophylline</i>	82
<i>thioridazine hcl</i>	41
<i>thiothixene</i>	41
<i>tiadylt er</i>	32
<i>tiagabine hcl</i>	45
TIBSOVO.....	24
<i>ticagrelor</i>	68
TICOVAC.....	74
<i>tigecycline</i>	13
<i>tilia fe</i>	58
<i>timolol maleate</i>	31
<i>timolol maleate (ophth)</i>	78
<i>tinidazole</i>	5
TIVICAY.....	8
TIVICAY PD.....	8
<i>tizanidine hcl</i>	49
TOBI PODHALER.....	6
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%.....	77
<i>tobramycin</i>	6
<i>tobramycin (ophth)</i>	77
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp</i> <i>0.3-0.1%</i>	77
<i>tobramycin sulfate</i>	6
<i>tolterodine tartrate</i>	66
<i>tolvaptan</i>	61
<i>tolvaptan tab therapy pack 30 & 15 mg</i>	61
<i>tolvaptan tab therapy pack 45 & 15 mg</i>	61
<i>tolvaptan tab therapy pack 60 & 30 mg</i>	62
<i>tolvaptan tab therapy pack 90 & 30 mg</i>	62
<i>topiramate</i>	45
<i>toremifene citrate</i>	15
<i>torpenz</i>	24
<i>torsemide</i>	32
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	54
TOUJEO SOLOSTAR.....	54
TPN ELECTROL INJ.....	75
TRADJENTA.....	52
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325</i> <i>mg</i>	4
<i>tramadol hcl</i>	4
<i>trandolapril</i>	27
<i>tranexamic acid</i>	68
<i>tranylcypramine sulfate</i>	36
TRAVASOL INJ 10%.....	76
TRAZIMERA.....	24
<i>trazodone hcl</i>	36
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG.....	79
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG.....	79
TREMFYA.....	70

TREMFYA INDUCTION PACK FO	70	<i>tri-vylibra</i>	58
TREMFYA PEN	70	<i>tri-vylibra lo</i>	58
<i>treprostinil</i>	34	TROGARZO	8
<i>tretinoin</i>	84	TROPHAMINE INJ 10%.....	76
<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	16	<i>trospium chloride</i>	66
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	87	TRULICITY	52
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	86	TRUMENBA.....	74
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i>		TRUQAP.....	24
37.5-25 mg	32	TRUXIMA	24
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i>		TUKYSA	24
37.5-25 mg	32	TURALIO.....	24
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>turqoz</i>	58
75-50 mg.....	32	<i>twice-daily clindamycin phosphate</i>	
<i>tridacaine ii</i>	86	(<i>topical</i>).....	84
<i>triderm</i>	86	TWINRIX INJ	74
<i>trientine hcl</i>	55	TYBOST	8
<i>tri-estarylla</i>	58	TYENNE	70
<i>trifluoperazine hcl</i>	41	TYPHIM VI.....	74
<i>trifluridine</i>	77	U	
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	38	UBRELVY	48
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-		<i>unithroid</i>	62
1000MG	52	UPTRAVI	34
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-		UPTRAVI PACK TAB 200/800	34
1000MG	52	<i>ursodiol</i>	65
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-		USTEKINUMAB	70, 71
1000MG	52	V	
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-		<i>valacyclovir hcl</i>	10
1000MG	52	VALCHLOR	87
TRIKAFTA PAK 59.5MG	82	<i>valganciclovir hcl</i>	10
TRIKAFTA PAK 75MG	82	<i>valproate sodium</i>	45
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG		<i>valproic acid</i>	45
.....	82	<i>valsartan</i>	29
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG		<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i>	
.....	82	12.5 mg.....	29
<i>tri-legest fe</i>	58	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i>	
<i>tri-linyah</i>	58	25 mg.....	29
<i>tri-lo-estarylla</i>	58	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i>	
<i>tri-lo-marzia</i>	58	12.5 mg.....	29
<i>tri-lo-mili</i>	58	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i>	
<i>tri-lo-sprintec</i>	58	25 mg.....	29
<i>trimethoprim</i>	6	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i>	
<i>tri-mili</i>	58	12.5 mg.....	29
<i>trimipramine maleate</i>	36	VALTOCO 10 MG DOSE	45
TRINTELLIX.....	37	VALTOCO 15 MG DOSE	45
<i>tri-sprintec</i>	58	VALTOCO 20 MG DOSE	45
TRIUMEQ PD TAB.....	9	VALTOCO 5 MG DOSE.....	45
TRIUMEQ TAB	9	<i>valtya 1/35</i>	58

<i>valtya 1/50</i>	58	VOSEVI TAB	10
<i>vancomycin hcl</i>	6	VOWST CAP	65
VANCOMYCIN INJ 1 GM	6	VRAYLAR	41
VANCOMYCIN INJ 500MG.....	6	<i>vyfemla</i>	58
VANCOMYCIN INJ 750MG.....	6	<i>vylibra</i>	58
VANFLYTA	24	VYZULTA.....	78
VAQTA.....	74	W	
<i>varenicline tartrate</i>	50	<i>warfarin sodium</i>	67
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &</i> <i>42 x 1 mg start pack</i>	50	<i>water for irrigation, sterile irrigation</i> <i>soln</i>	87
VARIVAX.....	74	WELIREG	16
VASCEPA	30	<i>wera</i>	58
VAXCHORA SUS.....	74	WESTAB PLUS TAB 27-1MG.....	76
<i>velivet</i>	58	WINREVAIR.....	34
VELSIPITY.....	71	WINREVAIR INJ 45MG	34
VENCLEXTA	24, 25	WINREVAIR INJ 60MG	34
VENCLEXTA TAB START PK.....	25	<i>wixela inhub</i>	83
<i>venlafaxine hcl</i>	37	WYOST	54
VENTOLIN HFA	80	X	
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)		XALKORI.....	25
.....	80	<i>xarah fe</i>	58
<i>verapamil hcl</i>	32	XARELTO	67
VERQUVO	33	XARELTO STAR TAB 15/20MG.....	67
VERSACLOZ	41	XATMEP	71
VERZENIO.....	25	XCOPRI.....	45, 46
<i>vestura</i>	58	XCOPRI PAK 100-150	46
<i>vienna</i>	58	XCOPRI PAK 12.5-25	46
<i>vigabatrin</i>	45	XCOPRI PAK 150-200MG	
<i>vigadrone</i>	45	(MAINTENANCE)	46
VIGAFYDE.....	45	XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	
<i>vilazodone hcl</i>	37	46
VIMKUNYA	74	XCOPRI PAK 50-100MG.....	46
<i>vincristine sulfate</i>	17	XDEMVY	77
<i>vinorelbine tartrate</i>	17	XELJANZ.....	71
<i>violele</i>	58	XELJANZ XR	71
VIRACEPT	8	XERMELO.....	65
VIREAD	8	XHANCE.....	82
VITRAKVI.....	25	XIFAXAN.....	65
VIVIMUSTA	14	XIGDUO XR TAB 10-1000.....	52
VIVITROL.....	50	XIGDUO XR TAB 10-500MG.....	52
VIVOTIF CAP EC.....	74	XIGDUO XR TAB 2.5-1000.....	52
VIZIMPRO	25	XIGDUO XR TAB 5-1000MG.....	52
VONJO.....	25	XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	52
VOQUEZNA PAK DUAL PAK	65	XIIDRA	78
VOQUEZNA PAK TRIP PK	65	XOLAIR.....	82
VORANIGO.....	25	XOSPATA	25
<i>voriconazole</i>	6		

XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY)	ZEMAIRA	82
.....25	<i>zenatane</i>	84
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) 25	ZENPEP CAP 10000UNT	65
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY)	ZENPEP CAP 15000UNT	65
.....25	ZENPEP CAP 20000UNT	65
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) 25	ZENPEP CAP 25000UNT	65
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY)	ZENPEP CAP 3000UNIT	65
.....25	ZENPEP CAP 40000UNT	65
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) 25	ZENPEP CAP 5000UNIT	65
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY)	ZENPEP CAP 60000UNT	65
.....25	ZERVIATE	78
XTANDI	<i>zidovudine</i>	8
15	<i>ziprasidone hcl</i>	41
XTRENBO	<i>ziprasidone mesylate</i>	41
54	ZIRABEV	26
<i>xulane</i>	ZIRGAN	77
58	<i>zoledronic acid</i>	54
XULTOPHY INJ 100/3.6	ZOLINZA.....	26
54	<i>zolpidem tartrate</i>	47
Y	ZONISADE	46
YESINTEK	<i>zonisamide</i>	46
71	<i>zovia 1/35</i>	59
YF-VAX INJ.....	ZTALMY	46
74	<i>zumandimine</i>	59
YONSA	ZURZUVAE	37
15	ZYDELIG.....	26
YUTREPIA	ZYKADIA.....	26
34	ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	77
<i>yuvaferm</i>	ZYPREXA RELPREVV	41
59		
Z		
<i>zafemy</i>		
59		
<i>zafirlukast</i>		
80		
ZARXIO		
67		
ZEGALOGUE		
60		
ZEJULA.....		
26		
ZELBORAF.....		
26		
<i>zelvysia</i>		
62		

Este listado se actualizó el 01/05/2026. Si desea obtener información más reciente o hacer otras preguntas, llame a nuestra línea de ayuda de Medicare para recetas médicas al 1-855-222-3183 (llamada gratuita) o, para usuarios de TTY/TDD, al 711. Los representantes están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O visite [sharpmedicareadvantage.com](https://www.sharpmedicareadvantage.com)

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services (§ 92.11)

English

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call at 1-855-562-8853 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-562-8853 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

台語

注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-855-562-8853 (TTY: 711) 或與您的提供者討論。」

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-855-562-8853 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Việt

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-855-562-8853 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn."

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-855-562-8853 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة."

한국어

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-562-8853 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

日本語

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-855-562-8853 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-562-8853 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Français

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-562-8853 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

РУССКИЙ

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-855-562-8853 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-562-8853 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ລາວ

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-855-562-8853 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Italiano

ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-855-562-8853 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

Português do Brasil

ATENÇÃO: Se você fala Português do Brasil, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-855-562-8853 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

తెలుగు

సావధానం: మీరు తెలుగు మాట్లాడితే, మీకు ఉచిత భాషా సహాయ సేవలు అందుబాటులో ఉంటాయి. యాక్సెస్ చేయగల ఫార్మాట్‌లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక సహాయాలు మరియు సేవలు కూడా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉంటాయి. 1-855-562-8853 (TTY: 711) కి కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రొవైడర్‌తో మాట్లాడండి.

SHARP Health Plan

Considérenos su asistente de atención médica personal®

sharpmedicareadvantage.com

1-855-562-8853, los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711