



Lista de medicamentos aprobados del 2026

(lista de medicamentos cubiertos)

LEA ESTO: EL PRESENTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Identificación de la lista de medicamentos aprobados 00026080, versión 7

No hemos realizado cambios en esta lista de medicamentos aprobados desde el 01/01/2026.

Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Miembro de Clever Care Health Plan al **1-833-388-8168 (TTY: 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., del 1.º de abril al 30 de septiembre, los días de la semana, o visite es.clevercarehealthplan.com/formulary.

Nota para miembros existentes: Esta lista de medicamentos aprobados ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta lista de medicamentos aprobados se refiere a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Clever Care Health Plan. Cuando se refiere a “plan,” “nuestro plan,” o “su plan,” significa Clever Care Longevity (HMO), Clever Care Value (HMO), o Clever Care Total+ (HMO C-SNP).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (lista de medicamentos aprobados) de nuestro plan que está actualizada a partir del 01/01/2026. Para obtener una lista de medicamentos aprobados actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la lista de medicamentos aprobados, aparece en la portada y contraportada.

Por lo general, debe usar farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, la lista de medicamentos aprobados, la red de farmacias o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero del 2026 y de vez en cuando en el transcurso del año.

¿Qué es el formulario de Clever Care?

En este documento, utilizamos los términos Lista de medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Clever Care en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Nosotros generalmente cubriremos los medicamentos que figuran en nuestra lista de medicamentos aprobados, siempre que el medicamento sea necesario desde el punto de vista médico, que la receta se surta en una farmacia de la red de Clever Care y que se cumplan las demás reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de Cobertura.

¿La lista de medicamentos aprobados puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos en la Lista de medicamentos durante el año, trasladarlos a diferentes niveles de participación en los costos o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: es.clevercarehealthplan.com/formulario.

Cambios que le pueden afectar este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año.

- **Sustituciones inmediatas de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo sustituimos por una nueva versión determinada de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel inferior y con las mismas restricciones o menos. Cuando añadimos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero cambiarlo inmediatamente a un nivel de coste compartido diferente o añadir nuevas restricciones.

Sólo podemos hacer estos cambios inmediatos si estamos añadiendo una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o añadiendo ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original, que ya estaba en el formulario (por ejemplo, añadiendo un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin una nueva receta).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no se lo comuniquemos por adelantado antes de realizar un cambio inmediato, pero más adelante le proporcionaremos información sobre el cambio o cambios específicos que hayamos realizado.

Si hacemos un cambio de este tipo, usted o la persona que le receta el medicamento pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo para usted el medicamento que se está cambiando. Para más información, consulte el apartado "¿Cómo solicito una excepción al Formulario Clever Care?"

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para más información, consulte la sección titulada "¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación tienen con los biosimilares?"

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestra lista de medicamentos aprobados no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, inmediatamente lo eliminaremos de nuestra lista de medicamentos aprobados y notificaremos a los miembros que usan el medicamento.

Otros cambios.

- Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos añadir un nuevo medicamento genérico para sustituir a un medicamento de marca actualmente en el formulario, o añadir un nuevo biosimilar para sustituir a un producto biológico original actualmente en el formulario, o añadir nuevas restricciones o mover un

medicamento que mantenemos en el formulario a un nivel de costo compartido más alto, o ambas cosas, después de añadir un medicamento correspondiente. Podemos retirar un medicamento de marca del formulario al añadir un equivalente genérico o retirar un producto biológico original al añadir un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, o trasladarlo a un nivel diferente de participación en los gastos, o ambas cosas. Podemos hacer cambios basados en nuevas directivas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, añadimos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, o trasladamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor. Como alternativa, cuando un miembro solicita una recarga del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y la notificación del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción en su caso y sigamos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le enviemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección siguiente titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario Clever Care?”

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento.

Por lo general, si usted toma un medicamento de nuestra lista de medicamentos aprobados del 2026 que estaba cubierto a principios del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2026, excepto como se describió anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles con la misma participación en los costos y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, tales cambios le afectarán y es importante que consulte la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios para ver si existen cambios en los medicamentos.

La lista de medicamentos aprobados adjunta está vigente a partir del 01/01/2026. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Clever Care, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de portada y contraportada. En caso de que se produzca un cambio en la lista de medicamentos aprobados a mitad de año que no sea de mantenimiento, publicamos todos los avisos en nuestro sitio web y le enviaremos un aviso 30 días antes de que entre en vigencia el cambio.

¿Cómo utilizo la lista de medicamentos aprobados?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en la lista de medicamentos aprobados:

Afección médica

La lista de medicamentos aprobados comienza en la página 3. Los medicamentos en esta lista de medicamentos aprobados están agrupados en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se usan. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar una afección cardíaca se enumeran en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 1. El índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este

documento. El índice incluye los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información de cobertura. Vaya a la página que figura en el índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Cubrimos tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA por tener el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los de marca. Existen sustitutos genéricos de muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos suelen poder sustituirse por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

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

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un fármaco o de un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Para más información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 5 “La ‘Lista de medicamentos’ indica qué medicamentos de la de la Parte D están cubiertos”.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

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

Autorización previa: Requerimos que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que debe obtener la aprobación de nosotros antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

Límites de cantidad: Para ciertos medicamentos, nosotros limitamos la cantidad del medicamento que cubrimos. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 12 comprimidos por receta para 30 días de rizatriptan (medicamento genérico de MAXALT). Esto puede ser adicional a un suministro estándar para un mes o tres meses.

Terapia de pasos: En algunos casos, nosotros requerimos que primero pruebe determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que nosotros quizás no cubriremos el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces nosotros cubriremos el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional buscando en la lista de medicamentos aprobados que comienza en la página 3. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia de pasos.

También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la lista de medicamentos aprobados, aparece en la portada y contraportada.

Puede pedir que nosotros hagamos una excepción a estas restricciones o límites, o solicitar una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos aprobados de Clever Care?” en la página v para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC)?

Los medicamentos OTC son medicamentos sin receta médica que normalmente están cubiertos en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare. Nosotros pagamos por determinados medicamentos OTC.

Puede encontrar una lista de medicamentos OTC en es.clevercarehealthplan.com. Nosotros proporcionaremos estos medicamentos OTC sin costo alguno para usted. El costo para nosotros de estos medicamentos OTC no se tendrá en cuenta en sus costos totales de medicamentos de la Parte D.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en la lista de medicamentos aprobados?

Si su medicamento no está incluido en esta lista de medicamentos aprobados (lista de medicamentos cubiertos), debe comunicarse primero con el Servicio de Atención al Miembro y preguntar si su medicamento está cubierto. Para más información, póngase en contacto con nosotros. Nuestros datos de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, figuran en la portada y la contraportada.

Si se entera de que no cubrimos su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar al Servicio de Atención al Miembro una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Clever Care. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Clever Care.
- Puede pedir que nosotros hagamos una excepción y cubramos su medicamento. Consulte a continuación la información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos aprobados de Clever Care?

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

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestra lista de medicamentos aprobados. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto con un nivel de participación en los costos predeterminado, y usted no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento con un nivel de participación en los costos más bajo.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento de la lista de medicamentos aprobados con un nivel de participación en los costos más bajo a menos que este medicamento no se encuentra en el nivel de especialidad. Si se aprueba, se disminuirá el monto que debe pagar por el medicamento.
- Puede pedirnos que suspendamos las restricciones de cobertura o los límites de su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, nosotros limitamos la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, sólo aprobaremos su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor coste compartido o la aplicación de la restricción no fueran tan eficaces para usted y/o le provocaran efectos adversos.

Usted o su médico deben ponerse en contacto con nosotros para solicitar una excepción de nivel o de formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, la persona que le prescribe el medicamento deberá explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración justificativa de su médico. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y nosotros estamos de acuerdo, que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera hasta 72 horas para tomar una decisión. Si estamos de acuerdo, o si su médico solicita una decisión rápida, debemos comunicarle nuestra decisión en un plazo máximo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración justificativa de su médico.

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

Como miembro nuevo o continuo de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no figuran en nuestro formulario. O puede estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario pero tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con su médico para solicitar una decisión de cobertura que demuestre que cumple los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el curso de acción adecuado para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días que sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos reabastecerla hasta un máximo de 100 días de medicación. Si no se aprueba la cobertura, después del primer suministro para 30 días, no pagaremos estos medicamentos, aunque haya sido miembro del plan menos de 90 días.

Si es residente de un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener los medicamentos es limitada, pero ya ha pasado los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento mientras busca una excepción al formulario.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta médica de Clever Care, revise su *Evidencia de cobertura* y otros materiales del plan. Si tiene preguntas sobre Clever Care, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la lista de medicamentos aprobados, aparece en la portada y contraportada.

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

Lista de medicamentos aprobados de Clever Care

La lista de medicamentos aprobados que comienza en la página 1 proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por nosotros. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página I-1. La primera columna del cuadro muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben en mayúscula (p. ej., JARDIANCE) y los medicamentos genéricos aparecen en cursiva minúscula (p. ej., *jasmiel*). La información contenida en la columna de Requisitos/Límites indica si Clever Care tiene requisitos especiales para la cobertura de su medicamento.

Leyenda

SÍMBOLO DE REQUISITOS	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
B/D	Parte B de Medicare vs. Parte D de Medicare	Algunos medicamentos pueden requerir la determinación de cobertura de la Parte B o Parte D, de acuerdo con las reglas de cobertura de Medicare.
EX	Medicamento excluido	Este medicamento con receta médica no está normalmente cubierto en un Plan de medicamentos con receta médica de Medicare. El monto que paga cuando surte una receta para este medicamento no se tiene en cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, el monto que paga no lo ayuda a calificar para una cobertura contra catástrofes). Además, si actualmente recibe ayuda adicional para pagar sus recetas, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar por este medicamento.
NDS	Suministro de días no extendidos	Este medicamento solo se puede obtener por un suministro de un mes o menos.
AP	Autorización previa	La cobertura de esta receta requiere autorización previa.
LC	Límite de cantidad	Este medicamento tiene un límite de cantidad de dosificación o prescripción. Los límites máximos de dosis diarias son definidos por la FDA.
TP	Terapia de pasos	La cobertura de esta receta se proporciona cuando se han probado otras terapias farmacológicas de primera línea o preferidas.

CLEVER_CARE_CY26_6T_STND eff 01/01/2026

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ANALGESICS		
GOUT		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	1	
<i>colchicine</i> TABS .6mg	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	2	
<i>probenecid</i> TABS 500mg	2	
MISCELLANEOUS		
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	2	B/D
NSAIDS		
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	2	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	2	QL (30 caps / 30 days)
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	2	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	2	
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	2	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	2	
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	2	
<i>ibuprofen</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	1	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	1	
<i>naproxen</i> TBEC 375mg	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	2	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	2	
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	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	2	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	2	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 100mg, 120mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

7

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml	2	QL (450 mL / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg	2	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml	2	QL (90 mL / 30 days), PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg	2	QL (90 tabs / 30 days), PA
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen w/ codeine soln</i> 120-12 mg/5ml	2	QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-15 mg	2	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-30 mg	2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-60 mg	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	4	
<i>endocet tab</i> 2.5-325mg	2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 5-325mg	2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 7.5-325mg	2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 10-325mg	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen soln</i> 7.5-325 mg/15ml	2	QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 5-325 mg	2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 7.5-325 mg	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 10-325 mg	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i> 7.5-200 mg	2	QL (150 tabs / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> LIQD 1mg/ml	2	QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	4	B/D
<i>morphine sulfate</i> SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml	2	QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 100mg/5ml	2	QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> TABS 15mg, 30mg	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml	2	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml	2	QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	2	QL (180 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

8

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>tramadol hcl TABS 50mg</i>	2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	2	QL (240 tabs / 30 days)

ANTI-INFECTIVES

ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS

<i>albendazole TABS 200mg</i>	2	QL (672 tabs / year), PA
<i>amikacin sulfate SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	2	
<i>ARIKAYCE SUSP 590mg/8.4ml</i>	5	NDS, NM, PA
<i>atovaquone SUSP 750mg/5ml</i>	2	QL (300 mL / 30 days), PA
<i>aztreonam SOLR 1gm, 2gm</i>	2	
<i>CAYSTON SOLR 75mg</i>	5	NDS, NM, PA
<i>clindamycin hcl CAPS 75mg, 150mg, 300mg</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride SOLR 75mg/5ml</i>	2	
<i>clindamycin phosphate SOLN 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml</i>	2	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	2	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	2	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	2	
<i>CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML</i>	4	
<i>CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML</i>	4	
<i>CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML</i>	4	
<i>colistimethate sodium SOLR 150mg</i>	2	
<i>dapsone TABS 25mg, 100mg</i>	2	
<i>DAPTOMYCIN SOLR 350mg</i>	5	NDS
<i>daptomycin SOLR 350mg, 500mg</i>	5	NDS
<i>EMVERM CHEW 100mg</i>	5	NDS, QL (12 tabs / year)

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	2	
<i>fosfomycin tromethamine</i> PACK 3gm	2	
<i>gentamicin in saline inj</i> 0.8 mg/ml	2	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1 mg/ml	2	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.2 mg/ml	2	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.6 mg/ml	2	
<i>gentamicin in saline inj</i> 2 mg/ml	2	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 250 mg	2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 500 mg	2	
IMPAVIDO CAPS 50mg	5	NDS, PA
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	2	QL (20 tabs / 90 days), PA
<i>ivermectin</i> TABS 6mg	2	QL (10 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	2	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	5	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid</i> TABS 600mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	4	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 2gm, 500mg	2	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	2	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml	2	
<i>metronidazole</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	2	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	5	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	3	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	2	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	2	
<i>polymyxin b sulfate</i> SOLR 500000unit	2	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	2	
<i>pyrimethamine</i> TABS 25mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	5	NDS

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

10

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	5	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> 200- 40 mg/5ml	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 400-80 mg	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 800- 160 mg	1	
<i>tinidazole</i> TABS 250mg, 500mg	2	
TOBI PODHALER CAPS 28mg	5	NDS, NM, PA
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	5	NDS, NM, PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	2	
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	2	
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	2	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	2	QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 1.25gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	2	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	4	
VANCOMYCIN INJ 500MG	4	
VANCOMYCIN INJ 750MG	4	

ANTIFUNGALS

<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	2	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	5	NDS, B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	2	
CRESEMBA CAPS 74.5mg, 186mg	5	NDS, PA
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	2	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	2	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	2	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	5	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	2	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	2	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	2	QL (120 caps / 30 days)
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	2	PA
<i>miconazole sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	2	
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	2	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	5	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies after a 90 day supply in a calendar year
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg	2	PA
<i>voriconazole</i> SUSR 40mg/ml	5	NDS, QL (600 mL / 28 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	2	QL (480 tabs / 30 days)
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	2	QL (120 tabs / 30 days)

ANTIMALARIALS

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

ANTIRETROVIRAL AGENTS

<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml; TABS 300mg	2	NM
APTIVUS CAPS 250mg	5	NDS, NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	2	NM
<i>darunavir</i> TABS 600mg	2	QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>darunavir</i> TABS 800mg	2	QL (30 tabs / 30 days), NM
EDURANT TABS 25mg	5	NDS, NM
EDURANT PED TBSO 2.5mg	5	NDS, NM
<i>efavirenz</i> TABS 600mg	2	NM
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	2	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	4	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	5	NDS, NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	5	NDS, NM
INTELENCE TABS 25mg	4	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	4	NM

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	5	NDS, NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	5	NDS, NM
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	2	NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	5	NDS, NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	2	NM
NORVIR PACK 100mg	4	NM
PIFELTRO TABS 100mg	5	NDS, NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml	5	NDS, QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TABS 75mg	4	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	5	NDS, NM
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	2	NM
RUKOBIA TB12 600mg	5	NDS, NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml	5	NDS, NM
SUNLENCA TABS 300mg; TBPK 300mg	5	NDS, NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	2	NM
TIVICAY TABS 50mg	5	NDS, NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	5	NDS, NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5	NDS, NM
TYBOST TABS 150mg	3	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	NDS, NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	NDS, NM
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	2	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	2	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	5	NDS, NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	5	NDS, NM
CIMDUO TAB 300-300	5	NDS, NM
DELSTRIGO TAB	5	NDS, NM
DESCOVY TAB 120-15MG	5	NDS, NM
DESCOVY TAB 200/25MG	5	NDS, NM
DOVATO TAB 50-300MG	5	NDS, NM

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

13

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	2	NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	5	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	5	NDS, NM
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir df tab 200-25-300 mg</i>	5	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	2	NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	5	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	2	NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	2	NM
EVOTAZ TAB 300-150	5	NDS, NM
GENVOYA TAB	5	NDS, NM
JULUCA TAB 50-25MG	5	NDS, NM
KALETRA SOL	4	NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	2	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	2	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	2	NM
ODEFSEY TAB	5	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 675/150	5	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 800-150	5	NDS, NM
STRIBILD TAB	5	NDS, NM
SYMTUZA TAB	5	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	4	NM
TRIUMEQ TAB	5	NDS, NM

ANTITUBERCULAR AGENTS

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

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ANTIVIRALS		
<i>acyclovir</i> CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg	1	
<i>acyclovir</i> SUSP 200mg/5ml	2	
<i>acyclovir sodium</i> SOLN 50mg/ml	2	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	2	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	5	NDS, NM, ST
<i>entecavir</i> TABS .5mg, 1mg	2	NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	5	NDS, NM, PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	5	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	5	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 400-100	5	NDS, NM, PA
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	2	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	2	B/D
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	2	NM
LIVTENCITY TABS 200mg	5	NDS, QL (336 tabs / 28 days), NM, PA
MAVYRET PAK 50-20MG	5	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	5	NDS, NM, PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	2	QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	2	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	2	QL (1080 mL / year)
PAXLOVID PAK	2	QL (22 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 150-100	2	QL (40 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 300-100	2	QL (60 tabs / 90 days)
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	5	NDS, NM, PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	3	QL (6 inhalers / year)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	2	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	2	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	2	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	5	NDS
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	2	
VOSEVI TAB	5	NDS, NM, PA
CEPHALOSPORINS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	2	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg	1	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

15

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>cefadroxil</i> SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	2	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	4	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	2	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	4	
CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%	4	
CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%	4	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2%	4	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%	4	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	2	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	2	
<i>cefotetan disodium</i> SOLR 1gm, 2gm	2	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	2	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	2	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	2	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	2	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	2	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	2	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	2	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg	1	
<i>cephalexin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	2	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	5	NDS
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES		
<i>azithromycin</i> SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	2	
<i>azithromycin</i> TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	2	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	5	NDS
e.e.s. 400 TABS 400mg	2	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	4	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	2	
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	2	
<i>fidaxomicin</i> TABS 200mg	5	NDS
FLUOROQUINOLONES		
<i>ciprofloxacin</i> 200 mg/100ml in d5w	2	
<i>ciprofloxacin</i> 400 mg/200ml in d5w	2	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml	2	
<i>levofloxacin</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	
<i>levofloxacin</i> in d5w iv soln 250 mg/50ml	2	
<i>levofloxacin</i> in d5w iv soln 500 mg/100ml	2	
<i>levofloxacin</i> in d5w iv soln 750 mg/150ml	2	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	2	
<i>moxifloxacin hcl</i> 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj	2	
PENICILLINS		
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	1	
<i>amoxicillin</i> CHEW 125mg, 250mg	2	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 200-28.5 mg/5ml	2	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 250-62.5 mg/5ml	2	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 400-57 mg/5ml	2	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 600-42.9 mg/5ml	2	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 250-125 mg	2	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 500-125 mg	2	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 875-125 mg	2	
<i>ampicillin</i> CAPS 500mg	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj</i> 1.5 (1-0.5) gm	2	

PA - Autorización previa QL - Límite de cantidad ST - Terapia de pasos NM - No disponible para venta por correo B/D - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare EX - Medicamento excluido NDS - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	2	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg</i>	2	
<i>BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml</i>	4	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	2	
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	2	
<i>nafcillin sodium SOLR 10gm</i>	5	NDS
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	2	
<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	2	
<i>penicillin g sodium SOLR 5000000unit</i>	2	
<i>penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium TABS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>pfizerpen SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	2	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	2	
TETRACYCLINES		
<i>doxy 100 SOLR 100mg</i>	2	
<i>doxycycline (monohydrate) CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg</i>	2	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	2	
NUZYRA SOLR 100mg	5	NDS, NM
NUZYRA TABS 150mg	5	NDS, QL (30 tabs / 14 days), NM
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	2	
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	2	

ANTINEOPLASTIC AGENTS

ALKYLATING AGENTS

BENDAMUSTINE HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml	5	NDS, B/D, NM
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	5	NDS, B/D, NM
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	2	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	2	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg	2	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	5	NDS, B/D, NM
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml	5	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 2gm	5	NDS, B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	4	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	5	NDS, B/D
FRINDOVYX SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	5	NDS, B/D, NM
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	4	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	5	NDS, NM
LEUKERAN TABS 2mg	5	NDS, PA
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	2	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 50mg, 100mg	5	NDS, B/D
VIVIMUSTA SOLN 100mg/4ml	5	NDS, B/D, NM

ANTIMETABOLITES

<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	5	NDS, B/D, NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	2	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	2	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	2	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	5	NDS, QL (5 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 15-6.14	5	NDS, QL (100 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 20-8.19	5	NDS, QL (80 tabs / 28 days), NM, PA
<i>mercaptopurine</i> SUSP 2000mg/100ml	5	NDS, NM
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	2	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	2	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	5	NDS, QL (14 tabs / 28 days), NM, PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	5	NDS, B/D
TABLOID TABS 40mg	5	NDS, PA

HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS

<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>abiraterone acetate</i> TABS 500mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>abirtega</i> TABS 250mg	2	QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 50/500MG	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 100/500	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	1	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	2	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	4	NM, PA
ERLEADA TABS 60mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ERLEADA TABS 240mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
EULEXIN CAPS 125mg	5	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	2	
FIRMAGON SOLR 80mg	4	NM, PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	5	NDS, NM, PA
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	5	NDS, B/D

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

20

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	1	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	2	NM, PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	5	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5	NDS, NM, PA
LYSODREN TABS 500mg	5	NDS, NM
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	3	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	5	NDS
NUBEQA TABS 300mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ORGOVYX TABS 120mg	5	NDS, NM, PA
ORSERDU TABS 86mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
ORSERDU TABS 345mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	NDS
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	2	PA
XTANDI CAPS 40mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 40mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 80mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
YONSA TABS 125mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	5	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 50mg	5	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 100mg	5	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	5	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

21

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	2	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> SUSP 2mg/ml	5	NDS, B/D
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	2	
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	2	B/D
IWILFIN TABS 192mg	5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	2	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	2	
MATULANE CAPS 50mg	5	NDS, NM
<i>mesna</i> TABS 400mg	5	NDS
MODEYSO CAPS 125mg	5	NDS, QL (20 caps / 28 days), NM, PA
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	5	NDS
WELIREG TABS 40mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA

MITOTIC INHIBITORS

<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	2	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	NDS, B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	NDS, B/D
DOCIVYX SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	NDS, B/D, NM
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	2	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	2	B/D
<i>paclitaxel inj</i> 100mg	5	NDS, B/D, NM
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	2	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	2	B/D

MOLECULAR TARGET AGENTS

ALECENSA CAPS 150mg	5	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TABS 30mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG PAK	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUGTYRO CAPS 40mg	5	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
AUGTYRO CAPS 160mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
AVMAPKI PAK FAKZYNJA	5	NDS, QL (1 pack / 28 days), NM, PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BALVERSA TABS 3mg	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TABS 4mg	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TABS 5mg	5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg	4	NM, PA
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	5	NDS, NM, PA
BOSULIF CAPS 50mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
BOSULIF CAPS 100mg	5	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
BOSULIF TABS 100mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
BOSULIF TABS 400mg, 500mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
BRUKINSA CAPS 80mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
CALQUENCE TABS 100mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TABS 100mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TABS 300mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	5	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
COMETRIQ KIT 100MG	5	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COMETRIQ KIT 140MG	5	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	5	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COTELLIC TABS 20mg	5	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
DANZITEN TABS 71mg, 95mg	5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
<i>dasatinib</i> TABS 20mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>dasatinib</i> TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
DAURISMO TABS 25mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
DAURISMO TABS 100mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 2mg, 5mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
FRUZAQLA CAPS 1mg	5	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
FRUZAQLA CAPS 5mg	5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
GAVRETO CAPS 100mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
<i>gefitinib</i> TABS 250mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

24

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
GOMEKLI CAPS 1mg	5	NDS, QL (168 caps / 28 days), NM, PA
GOMEKLI CAPS 2mg	5	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
GOMEKLI TBSO 1mg	5	NDS, QL (168 tabs / 28 days), NM, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	5	NDS, NM, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	5	NDS, NM, PA
HERNEXEOS TABS 60mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5	NDS, NM, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	5	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
IBTROZI CAPS 200mg	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	2	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 70mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 140mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	5	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IMKELDI SOLN 80mg/ml	5	NDS, QL (280 mL / 28 days), NM, PA
INLYTA TABS 1mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
INLYTA TABS 5mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
INREBIC CAPS 100mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

25

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
ITOVEBI TABS 3mg	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
ITOVEBI TABS 9mg	5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 50mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 100mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	NDS, B/D, NM
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	NDS, NM, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	NDS, NM, PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	5	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	5	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	5	NDS, QL (70 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	5	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	5	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 10mg	5	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 25mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
KRAZATI TABS 200mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
LAZCLUZE TABS 80mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
LAZCLUZE TABS 240mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 14 MG	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 18 MG	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 24 MG	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LORBRENA TABS 25mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
LORBRENA TABS 100mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 120mg	5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 240mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 320mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	5	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml	5	NDS, QL (1260 mL / 30 days), NM, PA
MEKINIST TABS 2mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
MEKINIST TABS .5mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
MEKTOVI TABS 15mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
MONJUVI SOLR 200mg	5	NDS, NM, PA
NERLYNX TABS 40mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>nilotinib hcl</i> CAPS 50mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

27

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>nilotinib hcl</i> CAPS 150mg, 200mg	5	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	5	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA
ODOMZO CAPS 200mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
OGIVRI SOLR 150mg, 420mg	5	NDS, NM, PA
OGSIVEO TABS 50mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
OJEMDA SUSR 25mg/ml	5	NDS, QL (96 mL / 28 days), NM, PA
OJEMDA TABS 100mg	5	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5	NDS, NM, PA
<i>pazopanib hcl</i> TABS 200mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PHESGO SOL	5	NDS, NM, PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
QINLOCK TABS 50mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 40mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 80mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 120mg, 160mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 25mg	5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 110mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

28

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
REVUFORJ TABS 160mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REZLIDHIA CAPS 150mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ROMVIMZA CAPS 14mg, 20mg, 30mg	5	NDS, QL (8 caps / 28 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 200mg	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK PACK 50mg	5	NDS, QL (336 packets / 28 days), NM, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
RYDAPT CAPS 25mg	5	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA
SCSEMBLIX TABS 20mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCSEMBLIX TABS 40mg	5	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
SCSEMBLIX TABS 100mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
STIVARGA TABS 40mg	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TAFINLAR TBSO 10mg	5	NDS, QL (840 tabs / 28 days), NM, PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .25mg	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
TAZVERIK TABS 200mg	5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

29

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	5	NDS, NM, PA
TECENTRIQ INJ HYBREZA	5	NDS, QL (1 vial / 21 days), NM, PA
TEPMETKO TABS 225mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
TIBSOVO TABS 250mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>torpenz</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	5	NDS, NM, PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	5	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, PA
TRUQAP TBPk 160mg, 200mg	5	NDS, QL (4 packs / 28 days), NM, PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	NDS, NM, PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
TURALIO CAPS 125mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 10mg	3	QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 50mg	5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 100mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VENCLEXTA TAB START PK	5	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 25mg	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 100mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	5	NDS, QL (300 mL / 30 days), NM, PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

30

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
VONJO CAPS 100mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VORANIGO TABS 10mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
VORANIGO TABS 40mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 20mg, 50mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 150mg	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
XOSPATA TABS 40mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPK 10mg	5	NDS, QL (16 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg	5	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) TBPK 40mg	5	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) TBPK 60mg	5	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg	5	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg	5	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg	5	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) TBPK 50mg	5	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ZELBORAF TABS 240mg	5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	NDS, NM, PA
ZOLINZA CAPS 100mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ZYKADIA TABS 150mg	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

31

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
CARDIOVASCULAR		
ACE INHIBITOR COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	6	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	6	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

32

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

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

PA - Autorización previa QL - Límite de cantidad ST - Terapia de pasos NM - No disponible para venta por correo B/D - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare EX - Medicamento excluido NDS - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO CAP 6-6MG	3	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO CAP 15-16MG	3	QL (240 caps / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	6	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	6	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	6	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>sacubitril-valsartan tab 24-26 mg</i>	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>sacubitril-valsartan tab 49-51 mg</i>	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>sacubitril-valsartan tab 97-103 mg</i>	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

34

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	6	
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 320mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 150mg/3ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg</i>	2	
<i>amiodarone hcl TABS 200mg</i>	1	
<i>disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg</i>	4	
<i>dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	2	NM
<i>flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg</i>	2	
<i>MULTAQ TABS 400mg</i>	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pacerone TABS 100mg, 400mg</i>	2	
<i>pacerone TABS 200mg</i>	1	
<i>propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate TABS 200mg, 300mg</i>	2	
<i>sotalol hcl TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg</i>	1	
<i>sotalol hcl (afib/afl) TABS 80mg, 120mg, 160mg</i>	2	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg</i>	2	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

35

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	2	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	1	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	6	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	2	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	2	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	2	
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	2	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLETOL TABS 180mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLIZET TAB 180/10MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	2	PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	2	
REPATHA SOSY 140mg/ml	3	QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	3	QL (6 autoinjectors / 28 days), NM, PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	3	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	1	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	1	

PA - Autorización previa QL - Límite de cantidad ST - Terapia de pasos NM - No disponible para venta por correo B/D - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare EX - Medicamento excluido NDS - Suministro de días no extendidos

36

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

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

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml	2	
<i>diltiazem hcl</i> TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	1	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	2	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	2	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	2	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	2	
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 120mg, 180mg, 200mg, 240mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml	2	
<i>verapamil hcl</i> TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	1	

DIURETICS

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

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 75- 50 mg	1	
MISCELLANEOUS		
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>clonidine</i> PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	2	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml	4	QL (450 mL / 30 days)
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	2	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg	2	QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	2	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	3	PA; PA applies if 65 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml	2	
<i>hydralazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>ivabradine hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	5	NDS, NM, PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	2	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	2	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	2	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA
NITRATES		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	2	
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	
NITRO-BID OINT 2%	3	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	2	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION</i>		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
alyq TABS 20mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ambrisentan TABS 5mg, 10mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
bosentan TABS 62.5mg, 125mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
bosentan TBSO 32mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
OPSUMIT TABS 10mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS 20mg	2	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
tadalafil (pulmonary hypertension) TABS 20mg	2	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
treprostinil SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	NDS, NM, PA
UPTRAVI TABS 200mcg	5	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, PA
UPTRAVI TABS 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1000mcg, 1200mcg, 1400mcg, 1600mcg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
UPTRAVI PACK TAB 200/800	5	NDS, QL (1 pack / 28 days), NM, PA
WINREVAIR KIT 45mg, 60mg	5	NDS, QL (2 vials / 21 days), NM, PA
WINREVAIR INJ 45MG	5	NDS, QL (2 vials / 21 days), NM, PA
WINREVAIR INJ 60MG	5	NDS, QL (2 vials / 21 days), NM, PA
YUTREPIA CAPS 26.5mcg, 53mcg, 79.5mcg	5	NDS, QL (140 caps / 28 days), NM, PA
YUTREPIA CAPS 106mcg	5	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA

CENTRAL NERVOUS SYSTEM

ANTI-ANXIETY

alprazolam TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	2	QL (150 tabs / 30 days)
bupirone hcl TABS 5mg, 10mg, 15mg	1	
bupirone hcl TABS 7.5mg, 30mg	2	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	2	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	2	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 4mg/ml, 20mg/10ml	2	
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	2	QL (150 mL / 30 days)
ANTIDEMENTIA		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	1	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	2	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	2	QL (200 mL / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg	2	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr</i> 14-10 mg	2	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr</i> 21-10 mg	2	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr</i> 28-10 mg	2	
NAMZARIC CAP 7-10MG	4	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	2	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	2	QL (60 caps / 30 days)
ANTIDEPRESSANTS		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	PA; PA applies if 65 years and older
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	PA; PA applies if 65 years and older
AUVELITY TAB 45-105MG	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	2	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TB24 300mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml	2	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

41

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>citalopram hydrobromide</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	4	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	4	PA; PA applies if 65 years and older
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	3	PA; PA applies if 65 years and older
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	4	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg	2	QL (60 caps / 30 days)
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	5	NDS, QL (30 patches / 30 days), PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	2	
<i>escitalopram oxalate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	4	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	4	QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP TITRATIO	4	QL (2 packs / year), PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	2	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	2	PA; PA applies if 65 years and older
MARPLAN TABS 10mg	4	QL (180 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	2	
<i>mirtazapine</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	1	
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	2	
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml	4	QL (900 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	PA; PA applies if 65 years and older
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	2	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

42

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	4	
RALDESY SOLN 10mg/ml	4	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml	2	
<i>sertraline hcl</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	2	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg	4	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	4	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	4	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	1	
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	2	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg	5	NDS, QL (28 caps / 14 days), NM, PA
ZURZUVAE CAPS 30mg	5	NDS, QL (14 caps / 14 days), NM, PA

ANTIPARKINSONIAN AGENTS

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

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	2	
<i>entacapone TABS 200mg</i>	2	
INBRIJA CAPS 42mg	5	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg</i>	1	
<i>rasagiline mesylate TABS .5mg, 1mg</i>	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>	1	
<i>selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml</i>	3	
<i>trihexyphenidyl hcl TABS 2mg, 5mg</i>	2	
ANTIPSYCHOTICS		
ABILIFY ASIMTUFII PRSY 720mg/2.4ml, 960mg/3.2ml	5	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	5	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole SOLN 1mg/ml</i>	2	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg</i>	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole TBDP 10mg, 15mg</i>	2	QL (60 tabs / 30 days), ST
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	5	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5	NDS
<i>asenapine maleate SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	2	QL (60 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

44

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	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	2	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	2	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	2	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	2	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	2	QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	2	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	2	QL (120 tabs / 30 days), PA
COBENFY CAP 50-20MG	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY CAP 100-20MG	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY CAP 125-30MG	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY STRT CAP PACK	5	NDS, QL (2 packs / year), PA
ERZOFRI SUSY 39mg/0.25ml	4	QL (1 syringe / 28 days)
ERZOFRI SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ERZOFRI SUSY 351mg/2.25ml	5	NDS, QL (2 syringes / year)
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT PAK PACK A	4	QL (2 packs / year), PA
FANAPT PAK PACK B	4	QL (2 packs / year), PA
FANAPT PAK PACK C	4	QL (2 packs / year), PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	2	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	2	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	2	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	2	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	2	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	5	NDS, QL (1 injection / 180 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	4	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	5	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	2	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl</i> TABS 80mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 5-10MG	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 10-10MG	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 15-10MG	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 20-10MG	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	2	
NUPLAZID CAPS 34mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
NUPLAZID TABS 10mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	2	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg	2	QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg	2	QL (60 tabs / 30 days), ST
OPIPZA FILM 2mg, 5mg	5	NDS, QL (30 films / 30 days), PA
OPIPZA FILM 10mg	5	NDS, QL (90 films / 30 days), PA
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	2	QL (60 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

46

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	2	
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	2	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 300mg, 400mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	2	QL (30 tabs / 30 days), PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	2	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	2	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	2	QL (120 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	2	QL (90 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone microspheres</i> SRER 12.5mg, 25mg	2	QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 37.5mg, 50mg	5	NDS, QL (2 injections / 28 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	5	NDS, QL (30 patches / 30 days)
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	2	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	2	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	2	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	5	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

47

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	2	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	2	QL (6 injections / 3 days)
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg	4	QL (2 vials / 28 days), NM, PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg	5	NDS, QL (2 vials / 28 days), NM, PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg	5	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA

ANTISEIZURE AGENTS

APTIOM TABS 200mg, 400mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTIOM TABS 600mg, 800mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	5	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg, 200mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	2	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	2	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBDP 2mg	2	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	2	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	5	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT CAPS 500mg	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 250mg	5	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 500mg	5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	2	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	2	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	2	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	2	
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml	2	QL (240 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
DILANTIN CAPS 30mg	4	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	2	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	5	NDS, QL (600 mL / 30 days), NM, PA
<i>eslicarbazepine acetate</i> TABS 200mg, 400mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eslicarbazepine acetate</i> TABS 600mg, 800mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	2	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml; TABS 400mg, 600mg	2	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	5	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	5	NDS, QL (680 mL / 28 days), PA
FYCOMPA TABS 2mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg	1	QL (360 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg	1	QL (270 caps / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

49

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml	2	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	2	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml	2	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg	2	
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	2	ST
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	2	
LEVETIRACETAM TB3D 250mg	4	QL (360 tabs / 30 days)
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	2	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	2	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	2	
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	2	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	QL (10 nasal units / 30 days)
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	2	
<i>perampanel</i> TABS 2mg	2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>perampanel</i> TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	2	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	4	QL (1500 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	3	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	4	PA; PA applies if 65 years and older
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	2	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	2	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	2	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

50

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	2	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	2	QL (120 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg	2	QL (90 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg	2	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml	2	QL (900 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>primidone</i> TABS 50mg, 125mg, 250mg	1	
<i>roweepra</i> TABS 500mg	2	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	5	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg	2	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 400mg	5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), PA
SPRITAM TB3D 250mg	4	QL (360 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 500mg	4	QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 750mg	4	QL (120 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 1000mg	4	QL (90 tabs / 30 days)
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg	5	NDS, QL (60 films / 30 days), PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	2	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg, 50mg	2	
<i>topiramate</i> SOLN 25mg/ml	2	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>topiramate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	2	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	2	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	4	QL (10 blister packs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

51

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	4	QL (10 blister packs / 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	4	QL (10 blister packs / 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	4	QL (10 blister packs / 30 days)
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>vigadrone</i> TABS 500mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VIGAFYDE SOLN 100mg/ml	5	NDS, QL (900 mL / 30 days), NM, PA
<i>vigpoder</i> PACK 500mg	5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	4	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	5	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	5	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	5	NDS, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	5	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, PA

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

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

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	2	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	2	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	2	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	2	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	2	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	2	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	2	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	2	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	2	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 10mg</i>	2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 4mg</i>	3	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 3mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i>	2	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml</i>	2	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl TABS 5mg, 10mg</i>	2	QL (180 tabs / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

53

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg	2	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>HYPNOTICS</i>		
DAYVIGO TABS 5mg, 10mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep)</i> TABS 3mg, 6mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ramelteon</i> TABS 8mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tasimelteon</i> CAPS 20mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg, 30mg	2	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	2	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	2	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>MIGRAINE</i>		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	3	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	5	NDS, QL (8 mL / 30 days), PA
EMGALITY SOAJ 120mg/ml	3	QL (2 pens / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 100mg/ml	3	QL (3 syringes / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 120mg/ml	3	QL (2 syringes / 30 days), NM, PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	2	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	2	QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	3	QL (16 tabs / 30 days), PA
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	2	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	2	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	2	QL (12 units / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

54

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	2	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	2	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	2	QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	3	QL (16 tabs / 30 days), PA
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 6mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 18mg, 30mg, 36mg, 42mg, 48mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 24mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	5	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
<i>lithium</i> SOLN 8meq/5ml	2	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg	1	
<i>lithium carbonate</i> TBCR 300mg, 450mg	2	
NUDEXTA CAP 20-10MG	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	2	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	2	
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	2	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BAFIERTAM CPDR 95mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
BETASERON KIT .3mg	5	NDS, QL (14 kits / 28 days), NM, PA
COPAXONE SOSY 20mg/ml	5	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

55

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
COPAXONE SOSY 40mg/ml	5	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	2	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i> fingolimod hcl</i> CAPS .5mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	5	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	5	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	5	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	5	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	5	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS		
<i>baclofen</i> TABS 5mg	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	2	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	QL (90 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	2	
NARCOLEPSY/CATAPLEXY		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg	2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	2	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 100mg	2	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 200mg	2	QL (60 tabs / 30 days), PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	5	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, PA
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	2	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 8mg	2	QL (120 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	2	QL (180 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	2	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	2	QL (120 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	2	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent) TB12 150mg</i>	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>disulfiram TABS 250mg, 500mg</i>	2	
<i>KLOXXADO LIQD 8mg/0.1ml</i>	3	
<i>naloxone hcl LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY .4mg/ml, 2mg/2ml</i>	2	
<i>naltrexone hcl TABS 50mg</i>	2	
<i>NICOTROL NS SOLN 10mg/ml</i>	4	
<i>varenicline tartrate TABS .5mg, 1mg</i>	2	QL (56 tabs / 28 days)
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	2	QL (2 packs / year)
<i>VIVITROL SUSR 380mg</i>	5	NDS, NM

ENDOCRINE AND METABOLIC

ANDROGENS

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

ANTIDIABETICS

<i>acarbose TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	2	
<i>dapagliflozin propanediol TABS 5mg, 10mg</i>	3	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 4mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 5mg	6	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 10mg	6	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg	6	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 10mg	6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	3	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg	3	QL (30 tabs / 30 days), ST
JENTADUETO TAB 2.5-500	3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	6	QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	6	QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg	6	QL (75 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	6	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	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	3	QL (4 pens / 28 days), PA
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml	3	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	3	QL (1 pen / 28 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos 58

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml	3	QL (1 pen / 28 days), PA
pioglitazone hcl TABS 15mg, 30mg, 45mg	6	QL (30 tabs / 30 days)
pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
repaglinide TABS 2mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
repaglinide TABS .5mg, 1mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA
TRADJENTA TABS 5mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
TRULICITY SOAJ .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	3	QL (4 pens / 28 days), PA
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-500MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-500MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-1000	3	QL (30 tabs / 30 days)

ANTIDIABETICS, INSULINS

ADMELOG SOLN 100unit/ml	3	B/D
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	3	
ALCOHOL SWABS: EMBECTA-BD/MHC/RUGBY	3	PA
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	4	QL (10 patches / 30 days), PA
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	4	QL (8 patches / 24 days), PA
CEQUR SIMPL MIS INSERTER	4	QL (2 inserters / year), PA
FIASP SOLN 100unit/ml	3	B/D
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	3	
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	3	
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	3	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	3	PA
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	5	NDS, B/D

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

59

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	5	NDS
INSULIN PEN NEEDLES: EMBECTA-BD	3	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: EMBECTA-BD	3	PA
INSULIN SYRINGES: EMBECTA-BD	3	PA
LANTUS SOLN 100unit/ml	3	
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	3	
NOVOLIN INJ 70/30	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	3	B/D; (brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	3	B/D
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION SOPN 100unit/ml	3	
NOVOLOG MIX INJ 70/30	3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	3	
NOVOLOG RELION SOLN 100unit/ml	3	B/D
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 L2 KIT INTRO G6	4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 L2 MIS PODS G6	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO	4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	4	QL (15 pods / 30 days), PA
SOLIQUA INJ 100/33	3	QL (5 pens / 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	3	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	3	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

60

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
XULTOPHY INJ 100/3.6	3	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	
BONSITY SOPN 560mcg/2.24ml	5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	2	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	2	B/D
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	2	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	4	QL (1 syringe / 180 days), NM
TERIPARATIDE SOPN 560mcg/2.24ml	5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA; (ALVOGEN product)
WYOST SOLN 120mg/1.7ml	5	NDS, NM, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 5mg/100ml	2	B/D, NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	5	NDS
<i>deferasirox</i> TABS 90mg; TBSO 125mg	2	NM, PA
<i>deferasirox</i> TABS 180mg, 360mg	4	NM, PA
<i>deferasirox</i> TBSO 250mg, 500mg	5	NDS, NM, PA
<i>kionex</i> SUSP 15gm/60ml	2	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	5	NDS, NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	2	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	2	
<i>sps rectal</i> SUSP 15gm/60ml	2	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	5	NDS, NM, PA
CONTRACEPTIVES		
<i>afirmelle</i>	2	
<i>altavera</i>	2	
<i>alyacen 1/35</i>	2	
<i>alyacen 7/7/7</i>	2	
<i>apri</i>	2	
<i>aranelle</i>	2	
<i>aubra eq</i>	2	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>aurovela 1/20</i>	2	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	2	
<i>aurovela fe 1/20</i>	2	
<i>aviane</i>	2	
<i>ayuna</i>	2	
<i>azurette</i>	2	
<i>balziva</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	2	
<i>briellyn</i>	2	
<i>camila</i> TABS .35mg	2	
<i>chateal eq</i>	2	
<i>cryselle-28</i>	2	
<i>cyred eq</i>	2	
<i>dasetta 1/35</i>	2	
<i>dasetta 7/7/7</i>	2	
<i>deblitane</i> TABS .35mg	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	3	
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15- 0.02/0.01 mg(21/5)</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	2	
<i>elinest</i>	2	
<i>eluryng</i>	2	
<i>emzahh</i> TABS .35mg	2	
<i>enilloring</i>	2	
<i>enskyce</i>	2	
<i>errin</i> TABS .35mg	2	
<i>estarylla</i>	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12- 0.015 mg/24hr</i>	2	
<i>falmina</i>	2	
<i>feirza 1.5/30</i>	2	
<i>feirza 1/20</i>	2	
<i>hailey 1.5/30</i>	2	
<i>haloette</i>	2	
<i>heather</i> TABS .35mg	2	
<i>iclevia</i>	2	
<i>incassia</i> TABS .35mg	2	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

62

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>introvale</i>	2	
<i>isibloom</i>	2	
<i>jasmiel</i>	2	
<i>jolessa</i>	2	
<i>juleber</i>	2	
<i>junel 1.5/30</i>	2	
<i>junel 1/20</i>	2	
<i>junel fe 1.5/30</i>	2	
<i>junel fe 1/20</i>	2	
<i>kariva</i>	2	
<i>kelnor 1/35</i>	2	
<i>kurvelo</i>	2	
<i>larin 1.5/30</i>	2	
<i>larin 1/20</i>	2	
<i>larin fe 1.5/30</i>	2	
<i>larin fe 1/20</i>	2	
<i>lessina</i>	2	
<i>levonest</i>	2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	2	
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05- 30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	2	
<i>levora 0.15/30-28</i>	2	
<i>LILETTA IUD 20.1mcg/day</i>	3	NM
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	2	
<i>loestrin 1/20-21</i>	2	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	2	
<i>loestrin fe 1/20</i>	2	
<i>loryna</i>	2	
<i>low-ogestrel</i>	2	
<i>lutra</i>	2	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	2	
<i>lyza TABS .35mg</i>	2	
<i>marlissa</i>	2	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	2	
<i>meleya TABS .35mg</i>	2	
<i>microgestin 1.5/30</i>	2	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>microgestin 1/20</i>	2	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	2	
<i>microgestin fe 1/20</i>	2	
<i>mili</i>	2	
<i>mono-linyah</i>	2	
<i>necon 0.5/35-28</i>	2	
NEXPLANON IMPL 68mg	3	NM
<i>nikki</i>	2	
<i>nora-be TABS .35mg</i>	2	
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	2	
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	2	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	2	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	2	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	2	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	2	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	2	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	2	
<i>nortrel 7/7/7</i>	2	
<i>nylia 1/35</i>	2	
<i>nylia 7/7/7</i>	2	
<i>ocella</i>	2	
<i>orquidea TABS .35mg</i>	2	
<i>philith</i>	2	
<i>pimtrea</i>	2	
<i>portia-28</i>	2	
<i>reclipsen</i>	2	
<i>setlakin</i>	2	
<i>sharobel TABS .35mg</i>	2	
<i>simliya</i>	2	
<i>sprintec 28</i>	2	
<i>sronyx</i>	2	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

64

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>syeda</i>	2	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	2	
<i>tilia fe</i>	2	
<i>tri-estarylla</i>	2	
<i>tri-legest fe</i>	2	
<i>tri-linyah</i>	2	
<i>tri-lo-estarylla</i>	2	
<i>tri-lo-marzia</i>	2	
<i>tri-lo-mili</i>	2	
<i>tri-lo-sprintec</i>	2	
<i>tri-mili</i>	2	
<i>tri-sprintec</i>	2	
<i>tri-vylibra</i>	2	
<i>tri-vylibra lo</i>	2	
<i>turqoz</i>	2	
<i>valtya 1/50</i>	2	
<i>velivet</i>	2	
<i>vestura</i>	2	
<i>vienva</i>	2	
<i>viorele</i>	2	
<i>vyfemla</i>	2	
<i>vylibra</i>	2	
<i>wera</i>	2	
<i>xarah fe</i>	2	
<i>xulane</i>	2	
<i>zafemy</i>	2	
<i>zovia 1/35</i>	2	
<i>zumandimine</i>	2	
ESTROGENS		
<i>abigale</i>	3	
<i>abigale lo</i>	3	
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
<i>estradiol</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	3	
<i>estradiol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	3	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	3	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm; TABS 10mcg	2	
<i>estradiol valerate</i> OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	2	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	3	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	3	
<i>jinteli</i>	3	
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
<i>mimvey</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	3	
<i>yuvaferm</i> TABS 10mcg	2	

GLUCOCORTICOIDS

<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	2	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml, 10mg/ml	2	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	2	
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	2	
<i>hydrocortisone sod succinate</i> SOLR 100mg	2	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	2	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPK 4mg	2	
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	2	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 500mg, 1000mg	2	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	2	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 15mg/5ml, 25mg/5ml	2	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITE
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml	2	B/D
<i>prednisone</i> TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	1	B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	1	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	4	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 250mg, 500mg, 1000mg	4	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	5	NDS
ZEGALOGUE SOAJ .6mg/0.6ml; SOSY .6mg/0.6ml	3	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	5	NDS, NM, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	5	NDS, NM
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	2	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	5	NDS, NM, PA
CERDELGA CAPS 84mg	5	NDS, NM, PA
CEREZYME SOLR 400unit	5	NDS, NM, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg, 60mg	2	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	2	B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4	NM, PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	5	NDS
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	2	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	2	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	2	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	5	NDS, NM, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	5	NDS, NM, PA
GENOTROPIN MINISQUICK PRSY .2mg	3	NM, PA
GENOTROPIN MINISQUICK PRSY .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	5	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	5	NDS, NM, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	NDS, NM, PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	5	NDS, NM, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	2	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	5	NDS, NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

67

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg)	5	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg)	5	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg)	5	NDS, NM, PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> TABS 300mg	5	NDS, NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	5	NDS, NM, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	5	NDS, NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	2	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	5	NDS, NM, PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	2	
REVCIVI SOLN 2.4mg/1.5ml	5	NDS, NM, PA
REZDIFFRA TABS 60mg, 80mg, 100mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	5	NDS, NM, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml	5	NDS, NM, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	NDS, NM, PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml	5	NDS, PA
<i>tolvaptan</i> TABS 15mg, 30mg	5	NDS, NM, PA; (generic of JYNARQUE)
<i>tolvaptan</i> TBPK 15mg	5	NDS, NM, PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 30 & 15 mg</i>	5	NDS, NM, PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 45 & 15 mg</i>	5	NDS, NM, PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 60 & 30 mg</i>	5	NDS, NM, PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 90 & 30 mg</i>	5	NDS, NM, PA
PROGESTINS		
<i>gallifrey</i> TABS 5mg	2	
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	3	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

68

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITE
<i>megestrol acetate (appetite) SUSP</i> 625mg/5ml	4	PA
<i>norethindrone acetate TABS 5mg</i>	2	
<i>progesterone CAPS 100mg, 200mg</i>	2	
THYROID AGENTS		
<i>levo-t TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	2	
<i>levothyroxine sodium TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	2	
<i>levoxyl TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg</i>	2	
<i>liothyronine sodium TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg</i>	2	
<i>methimazole TABS 5mg, 10mg</i>	1	
<i>propylthiouracil TABS 50mg</i>	2	
<i>SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	4	
<i>unithroid TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	2	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol CAPS .25mcg, .5mcg</i>	2	B/D
<i>calcitriol (oral) SOLN 1mcg/ml</i>	2	B/D
<i>paricalcitol CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg</i>	2	B/D
GASTROINTESTINAL		
ANTIEMETICS		
<i>aprepitant CAPS 40mg, 80mg, 125mg</i>	2	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	2	B/D
<i>compro SUPP 25mg</i>	2	
<i>dronabinol CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	2	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>granisetron hcl SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml</i>	2	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	2	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	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	2	
<i>metoclopramide hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	2	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	2	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	2	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	2	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	2	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	2	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	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	3	PA; PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	4	QL (10 patches / 30 days)

ANTISPASMODICS

<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg	3	PA; PA applies if 65 years and older
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	PA; PA applies if 65 years and older
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glycopyrrolate</i> TABS 2mg	2	QL (120 tabs / 30 days)

H2-RECEPTOR ANTAGONISTS

<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml; SUSR 40mg/5ml	2	
<i>famotidine</i> TABS 20mg, 40mg	1	
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml	2	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	2	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	2	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	2	QL (90 caps / 30 days)
<i>budesonide</i> TB24 9mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	2	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	2	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	2	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm	2	QL (1680 mL / 28 days)
<i>mesalamine</i> SUPP 1000mg	2	QL (30 suppositories / 30 days)
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	2	QL (28 bottles / 28 days)
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 500mg	2	
LAXATIVES		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	2	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	2	
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	1	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	2	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	2	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	2	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln</i> 236 gm	1	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i> 420 gm	1	
PLENVU SOL	4	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i> 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	2	
MISCELLANEOUS		
<i>alosetron hcl</i> TABS 1mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg	2	QL (60 tabs / 30 days), PA
CREON CAP 3000UNIT	3	
CREON CAP 6000UNIT	3	
CREON CAP 12000UNT	3	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

71

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
CREON CAP 24000UNT	3	
CREON CAP 36000UNT	3	
<i>cromolyn sodium (mastocytosis) CONC</i> 100mg/5ml	2	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025</i> <i>mg</i>	4	
GATTEX KIT 5mg	5	NDS, NM, PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	3	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	2	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	2	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR SOLN 12mg/0.6ml	5	NDS, QL (28 vials / 28 days), PA
RELISTOR SOSY 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	5	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>sucralfate</i> TABS 1gm	2	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	2	
VOQUEZNA PAK DUAL PAK	3	QL (2 kits / year), PA
VOQUEZNA PAK TRIP PK	3	QL (2 kits / year), PA
VOWST CAP	5	NDS, QL (12 caps / 30 days), NM, PA
XERMELO TABS 250mg	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XIFAXAN TABS 550mg	5	NDS, PA
ZENPEP CAP 3000UNIT	4	
ZENPEP CAP 5000UNIT	4	
ZENPEP CAP 10000UNT	4	
ZENPEP CAP 15000UNT	4	
ZENPEP CAP 20000UNT	4	
ZENPEP CAP 25000UNT	4	
ZENPEP CAP 40000UNT	4	
ZENPEP CAP 60000UNT	4	
PROTON PUMP INHIBITORS		
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	2	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	2	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg	2	
<i>pantoprazole sodium</i> TBEC 20mg, 40mg	1	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

72

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
GENITOURINARY		
<i>BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA</i>		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	2	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg	2	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tadalafil</i> TABS 5mg	2	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>MISCELLANEOUS</i>		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	2	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	2	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	2	
<i>URINARY ANTISPASMODICS</i>		
<i>GEMTESA</i> TABS 75mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>MYRBETRIQ</i> SRER 8mg/ml	3	QL (300 mL / 28 days)
<i>MYRBETRIQ</i> TB24 25mg, 50mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml	2	QL (600 mL / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	2	QL (30 caps / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>trospium chloride</i> TABS 20mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>VAGINAL ANTI-INFECTIVES</i>		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	2	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	2	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	2	
HEMATOLOGIC		
<i>ANTICOAGULANTS</i>		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg, 150mg	2	QL (60 caps / 30 days)
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 110mg	2	QL (120 caps / 30 days)
<i>ELIQUIS</i> TABS 2.5mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
<i>ELIQUIS</i> TABS 5mg	3	QL (74 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa QL - Límite de cantidad ST - Terapia de pasos NM - No disponible para venta por correo B/D - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare EX - Medicamento excluido NDS - Suministro de días no extendidos

73

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	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	2	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	2	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	5	NDS
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	3	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	2	B/D
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
<i>rivaroxaban</i> SUSR 1mg/ml	2	QL (620 mL / 30 days)
<i>rivaroxaban</i> TABS 2.5mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
XARELTO TABS 2.5mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	3	QL (51 tabs / 30 days)
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
FULPHILA SOSY 6mg/0.6ml	5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	NM, PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	NDS, NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	NDS, NM, PA
MISCELLANEOUS		
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	2	
BERINERT KIT 500unit	5	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	1	
DOPTELET TABS 20mg	5	NDS, NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
HAEGARDA SOLR 2000unit	5	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	5	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	5	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> PACK 5gm	5	NDS, NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	1	
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	5	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
SIKLOS TABS 100mg	4	
SIKLOS TABS 1000mg	5	NDS
TAVNEOS CAPS 10mg	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	2	

PLATELET AGGREGATION INHIBITORS

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

IMMUNOLOGIC AGENTS

AUTOIMMUNE AGENTS

BIMZELX SOAJ 160mg/ml, 320mg/2ml	5	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
BIMZELX SOSY 160mg/ml, 320mg/2ml	5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
DUPIXENT SOAJ 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
DUPIXENT SOSY 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	5	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml	5	NDS, QL (16 vials / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	5	NDS, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	5	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	5	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	5	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HADLIMA SOSY 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	NDS, QL (6 autoinjectors / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml	5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml	5	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 80mg/0.8ml	5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START AJKT 80mg/0.8ml	5	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	5	NDS, NM, PA
KINERET SOSY 100mg/0.67ml	5	NDS, QL (28 syringes / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOAJ 45mg/0.5ml	3	QL (1 pen / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOAJ 90mg/ml	5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOLN 45mg/0.5ml	3	QL (1 vial / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOLN 130mg/26ml	5	NDS, NM, PA
PYZCHIVA SOSY 45mg/0.5ml	3	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOSY 90mg/ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	5	NDS, NM, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	5	NDS, NM, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

76

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
RINVOQ TB24 45mg	5	NDS, QL (168 tabs / year), NM, PA
RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml	5	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	5	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	5	NDS, NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	5	NDS, QL (6 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	5	NDS, QL (6 pens / 365 days), NM, PA
SOTYKTU TABS 6mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	5	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	5	NDS, NM, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOAJ 200mg/2ml	5	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOLN 200mg/20ml	5	NDS, NM, PA
TREMFYA SOPN 100mg/ml	5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOSY 200mg/2ml	5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
TREMFYA INDUCTION PACK FO SOAJ 200mg/2ml	5	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
TYENNE SOAJ 162mg/0.9ml	5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
TYENNE SOLN 80mg/4ml, 200mg/10ml, 400mg/20ml	5	NDS, NM, PA
TYENNE SOSY 162mg/0.9ml	5	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
USTEKINUMAB SOLN 45mg/0.5ml	5	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
USTEKINUMAB SOLN 130mg/26ml	5	NDS, NM, PA
USTEKINUMAB SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
VELSIPITY TABS 2mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

77

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
XELJANZ SOLN 1mg/ml	5	NDS, QL (480 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
YESINTEK SOLN 45mg/0.5ml	3	QL (1 vial / 28 days), NM, PA
YESINTEK SOLN 130mg/26ml	3	NM, PA
YESINTEK SOSY 45mg/0.5ml	3	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
YESINTEK SOSY 90mg/ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA

DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)

<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	2	
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	4	B/D
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	2	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4	B/D

IMMUNOGLOBULINS

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

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	NDS, NM, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	NDS, NM, PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	NDS, NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	5	NDS, NM, PA
ARCALYST SOLR 220mg	5	NDS, NM, PA
IMMUNOSUPPRESSANTS		
ASTAGRAF XL CP24 5mg	5	NDS, B/D, NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	4	B/D, NM
<i>azathioprine</i> TABS 50mg	2	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml	5	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	5	NDS, NM, PA
BENLYSTA SOSY 200mg/ml	5	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg	2	B/D, NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	2	B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .5mg, .75mg, 1mg	5	NDS, B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg	2	B/D, NM
<i>engraf</i> CAPS 25mg, 100mg	2	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	2	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	5	NDS, B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	2	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	5	NDS, B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	4	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	B/D, NM

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	2	B/D, NM
VACCINES		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	1	PA
ACTHIB INJ	1	
ADACEL INJ	1	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	PA
BCG VACCINE SOLR 50mg	1	
BEXSERO SUSY .5ml	1	
BOOSTRIX INJ	1	
DAPTACEL INJ	1	
DENGVAIXIA SUS	1	
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	1	B/D
GARDASIL 9 SUSP .5ml; SUSY .5ml	1	
HAVRIX SUSY 720elu/0.5ml, 1440unit/ml	1	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	1	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	1	B/D
INFANRIX INJ	1	
IPOL INJ INACTIVE	1	
IXIARO INJ	1	
JYNNEOS SUSP .5ml	1	B/D
KINRIX INJ	1	
M-M-R II INJ	1	
MENQUADFI SOLN .5ml	1	
MENVEO INJ	1	
MENVEO SOL	1	
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	1	PA
PEDIARIX INJ 0.5ML	1	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	1	
PENBRAYA INJ	1	
PENMENVY INJ	1	
PENTACEL INJ	1	
PRIORIX INJ	1	
PROQUAD INJ	1	
QUADRACEL INJ 0.5ML	1	
RABAVERT INJ	1	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	1	B/D
ROTARIX SUS	1	
ROTATEQ SOL	1	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	1	QL (2 vials per lifetime)
TENIVAC INJ 5-2LF	1	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	1	
TRUMENBA SUSY .5ml	1	
TWINRIX INJ	1	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	1	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml; SUSY 25unit/0.5ml, 50unit/ml	1	
VARIVAX SUSR 1350pfu/0.5ml	1	
VAXCHORA SUS	1	
VIMKUNYA SUSY 40mcg/0.8ml	1	
VIVOTIF CAP EC	1	
YF-VAX INJ	1	

NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS

ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE

D2.5W/NACL INJ 0.45%	4
D10W/NACL INJ 0.2%	3
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	2
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	2
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	2
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	2
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	2
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	2
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	2
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	2
ISOLYTE-P INJ /D5W	4
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	4
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	2
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	2
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	2

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	2	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	2	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	2	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	2	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	2	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	2	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4	
<i>lactated ringer's solution</i>	2	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	3	
<i>magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	3	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	3	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	2	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	4	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	4	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	4	
<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml</i>	2	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	2	
<i>sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	2	
TPN ELECTROL INJ	4	B/D
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
<i>klor-con PACK 20meq</i>	2	
<i>klor-con 8 TBCR 8meq</i>	1	
<i>klor-con 10 TBCR 10meq</i>	1	
<i>klor-con m10 TBCR 10meq</i>	1	
<i>klor-con m15 TBCR 15meq</i>	2	

PA - Autorización previa QL - Límite de cantidad ST - Terapia de pasos NM - No disponible para venta por correo B/D - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare EX - Medicamento excluido NDS - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	1	
M-NATAL PLUS TAB	3	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	2	
<i>potassium chloride</i> TBCR 8meq, 10meq, 20meq	1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 10meq, 20meq	1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 15meq	2	
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	3	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	2	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	3	

IV NUTRITION

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

OPHTHALMIC

ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY

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

PA - Autorización previa QL - Límite de cantidad ST - Terapia de pasos NM - No disponible para venta por correo B/D - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare EX - Medicamento excluido NDS - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	2	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	2	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	3	
ANTI-INFECTIVES		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	1	
BESIVANCE SUSP .6%	3	
CILOXAN OINT .3%	3	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	1	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	2	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	2	QL (12 mL / 30 days)
NATACYN SUSP 5%	4	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	2	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	2	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	2	
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	2	
<i>polycin ophth oint</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	2	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	2	
XDEMVY SOLN .25%	5	NDS, NM, PA
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	2	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

84

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	2	
<i>fluorometholone (ophth)</i> SUSP .1%	2	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	2	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%, .5%	2	
LOTEMAX OINT .5%	3	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	3	
ANTIALLERGICS		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	2	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	1	
ZERVIAE SOLN .24%	4	
ANTIGLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	2	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	1	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	2	ST
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	2	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	1	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 2-0.5%	1	
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	1	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	2	
LUMIGAN SOLN .01%	3	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	2	
RHOPRESSA SOLN .02%	4	
ROCKLATAN DRO	4	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	4	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%	2	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLN .25%, .5%	1	
VYZULTA SOLN .024%	4	
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	2	
CYSTADROPS SOLN .37%	5	NDS, NM, PA
CYSTARAN SOLN .44%	5	NDS, NM, PA
EYSUVIS SUSP .25%	4	
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	3	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	2	
RESTASIS EMUL .05%	3	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

85

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	
XIIDRA SOLN 5%	3	

OTIC

OTIC AGENTS

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

RESPIRATORY

ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS

ANORO ELLIPT AER 62.5-25	3	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	3	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	3	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	3	QL (4 inhalers / 28 days)
COMBIVENT AER 20-100	4	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	2	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	3	QL (60 blisters / 30 days)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	3	QL (60 blisters / 30 days)

ANTICHOLINERGICS

ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	4	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	3	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%	2	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	2	
SPIRIVA RESPIMAT AERS 1.25mcg/act	4	QL (1 inhaler / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ANTI-HISTAMINES		
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%	2	
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>cyproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	3	PA; PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	2	
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	4	PA; PA applies if 65 years and older
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	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	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	2	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
BETA AGONISTS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	2	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	2	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	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	2	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	2	
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	2	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	3	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	2	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	3	QL (2 inhalers / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

87

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	3	QL (6 inhalers / 30 days)
COUGH AND COLD		
<i>benzonatate</i> CAPS 100mg, 150mg, 200mg	6	EX
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg	2	
<i>montelukast sodium</i> TABS 10mg	1	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	2	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	2	B/D
ALYFTREK TAB 4-20-50	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
ALYFTREK TAB 10-50-125	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5	NDS, NM, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	2	B/D
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	2	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	2	(generic of Adrenaclick)
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	5	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
KALYDECO TABS 150mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 75-94MG	5	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 100-125	5	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 150-188	5	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 100-125	5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 200-125	5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

88

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg	5	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	5	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	5	NDS, NM, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	5	NDS, NM, PA
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg	2	QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast</i> TABS 500mcg	2	QL (30 tabs / 30 days)
SYMDEKO TAB 50-75MG	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
SYMDEKO TAB 100-150	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	2	
TRIKAFTA PAK 59.5MG	5	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	5	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 150mg/ml	5	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOLR 150mg	5	NDS, QL (8 vials / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	5	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 150mg/ml	5	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	5	NDS, NM, PA
NASAL STEROIDS		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	2	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	2	QL (1 bottle / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
XHANCE EXHU 93mcg/act	4	QL (32 mL / 30 days), PA
STEROID INHALANTS		
ALVESCO AERS 80mcg/act	4	QL (3 inhalers / 30 days)
ALVESCO AERS 160mcg/act	4	QL (2 inhalers / 30 days)
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	3	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml</i>	2	B/D
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS		
ADVAIR HFA AER 45/21	3	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	3	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	3	QL (1 inhaler / 30 days)
AIRSUPRA AER 90-80MCG	3	QL (3 inhalers / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	3	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	3	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	3	QL (60 blisters / 30 days)
<i>brey-na</i>	2	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	2	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	2	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 50-5MCG	4	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 100-5MCG	4	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 200-5MCG	4	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100- 50 mcg/act</i>	2	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250- 50 mcg/act</i>	2	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

90

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	2	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>wixela inhub</i>	2	QL (60 inhalations / 30 days)

SEXUAL DYSFUNCTION AGENTS

SEXUAL DYSFUNCTION AGENTS

<i>sildenafil citrate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	6	EX, QL (6 tabs / 30 days)
--	---	---------------------------

TOPICAL

DERMATOLOGY, ACNE

<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	PA
<i>amnesteem</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	2	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	PA
<i>clindamycin phosph-benzoyl peroxide (refrig) gel 1.2 (1)-5%</i>	2	QL (45 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	2	QL (75 mL / 30 days), PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1%	2	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery</i> PADS 2%	2	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> GEL 2%	2	QL (60 gm / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2%	2	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	PA
<i>neuac</i>	2	QL (45 gm / 30 days)
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> LOTN 10%	2	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin</i> CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%	2	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	2	QL (60 gm / 30 days)
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	PA

DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS

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

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

91

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	4	QL (453.6 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>ciclopirox</i> SHAM 1%	2	QL (120 mL / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%	2	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%	2	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	2	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	2	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	2	QL (45 gm / 30 days)
<i>econazole nitrate</i> CREA 1%	2	QL (85 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical)</i> CREA 2%	2	QL (60 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical)</i> SHAM 2%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>klayesta</i> POWD 100000unit/gm	2	QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	2	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	2	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	2	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	2	QL (60 gm / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	2	
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	2	PA
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005%	2	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005%	2	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i> OINT .005%	2	QL (120 gm / 30 days), PA
ENSTILAR AER	5	NDS, QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> CREA .05%, .1%	2	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort</i> CREA 1%	1	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	2	QL (60 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; OINT .05%	2	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05%	2	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	2	QL (120 gm / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

92

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05%	2	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1%	2	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1%	2	QL (120 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	2	QL (120 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SHAM .05%	2	QL (236 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	2	QL (100 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	2	QL (120 gm / 30 days)
<i>clodan</i> SHAM .05%	2	QL (236 mL / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01%	2	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .025%; OINT .025%	2	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01%	2	QL (118.28 mL / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01%	2	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide</i> CREA .05%, .1%	2	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05%	2	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	2	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	2	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	2	
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	2	QL (50 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%	1	
<i>hydrocortisone (topical)</i> LOTN 2.5%; OINT 2.5%	2	
<i>hydrocortisone (topical)</i> OINT 1%	2	QL (30 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone valerate</i> CREA .2%	2	QL (60 gm / 30 days)
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	2	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5%	1	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%	2	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> OINT .025%, .1%, .5%	1	
<i>triderm</i> CREA .5%	1	QL (454 gm / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

93

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
<i>glydo</i> PRSY 2%	2	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> OINT 5%	2	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	2	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	2	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	2	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan</i> PTCH 5%	2	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>tridacaine ii</i> PTCH 5%	2	QL (3 patches / 1 day), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	5	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5%	2	QL (300 mL / 28 days)
<i>EUCRISA</i> OINT 2%	4	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	2	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	2	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%, 2.5%	2	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	2	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	2	
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	2	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	2	QL (59 mL / 30 days)
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> OINT .4%	2	QL (30 gm / 30 days)
<i>PANRETIN</i> GEL .1%	5	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>pimecrolimus</i> CREA 1%	2	QL (100 gm / 30 days), PA
<i>podofilox</i> SOLN .5%	2	QL (7 mL / 28 days)
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	2	
<i>proctocort</i> CREA 1%	2	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	2	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	2	

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

94

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITE
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	2	QL (100 gm / 30 days), PA
VALCHLOR GEL .016%	5	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>malathion</i> LOTN .5%	2	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	2	QL (60 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
SANTYL OINT 250unit/gm	4	QL (180 gm / 30 days), PA
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	2	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	2	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	1	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg	2	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>kourzeq</i> PSTE .1%	2	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	2	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	2	
<i>periogard</i> SOLN .12%	1	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	2	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	2	
VITAMINS		
VITAMIN B COMPLEX		
<i>folic acid</i> TABS 1mg	6	EX
VITAMIN D		
<i>ergocalciferol</i> CAPS 50000unit	6	EX

PA - Autorización previa **QL** - Límite de cantidad **ST** - Terapia de pasos **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Parte B de Medicare vs. Part D de Medicare **EX** - Medicamento excluido **NDS** - Suministro de días no extendidos

95

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página vii.

Index

A	
<i>abacavir sulfate</i>	12
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	13
<i>abigale</i>	65
<i>abigale lo</i>	65
ABILIFY ASIMTUFII	44
ABILIFY MAINTENA	44
<i>abiraterone acetate</i>	20
<i>abirtega</i>	20
ABRYSVO	80
<i>acamprosate calcium</i>	56
<i>acarbose</i>	57
<i>accutane</i>	91
<i>acebutolol hcl</i>	37
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	8
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	8
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	8
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	8
<i>acetazolamide</i>	38
<i>acetic acid</i>	73
<i>acetic acid (otic)</i>	86
<i>acetylcysteine</i>	88
<i>acitretin</i>	92
ACTHIB INJ	80
ACTIMMUNE	79
<i>acyclovir</i>	15
<i>acyclovir sodium</i>	15
ADACEL INJ	80
<i>adefovir dipivoxil</i>	15
ADEMPAS	40
ADMELOG	59
ADMELOG SOLOSTAR	59
ADVAIR HFA AER 115/21	90
ADVAIR HFA AER 230/21	90
ADVAIR HFA AER 45/21	90
<i>afirmelle</i>	61
AIMOVIG	54
AIRSUPRA AER 90-80MCG	90
AKEEGA TAB 100/500	20
AKEEGA TAB 50/500MG	20
<i>ala-cort</i>	92
<i>albendazole</i>	9
<i>albuterol sulfate</i>	87
<i>alclometasone dipropionate</i>	92
ALCOHOL SWABS: EMBECTA-BD/MHC/RUGBY	59
ALDURAZYME	67
ALECENSA	22
<i>alendronate sodium</i>	61
<i>alfuzosin hcl</i>	73
<i>aliskiren fumarate</i>	39
<i>allopurinol</i>	7
<i>alosetron hcl</i>	71
<i>alprazolam</i>	40
<i>altavera</i>	61
ALUNBRIG	22, 23
ALUNBRIG PAK	23
ALVAIZ	74
ALVESCO	90
<i>alyacen 1/35</i>	61
<i>alyacen 7/7/7</i>	61
ALYFTREK TAB 10-50-125	88
ALYFTREK TAB 4-20-50	88
ALYGLO	78
<i>alyq</i>	40
<i>amantadine hcl</i>	43
<i>ambrisentan</i>	40
<i>amikacin sulfate</i>	9
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	38
<i>amiloride hcl</i>	38
<i>amiodarone hcl</i>	35
<i>amitriptyline hcl</i>	41
<i>amlodipine besylate</i>	37
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	32
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	32
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	32
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	32
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	32
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	32

<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	33
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	33
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	33
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	33
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	34
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	34
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	33
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	34
<i>amnestem</i>	91
<i>amoxapine</i>	41
<i>amoxicillin</i>	17
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	17
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	17
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	17
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	17
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	17
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	17
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	17
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	52
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	53
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	53
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	53
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	53
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	52
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	53
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	53
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	53
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	53
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	53
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	53
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	53
<i>amphotericin b</i>	11
<i>amphotericin b liposome</i>	11
<i>ampicillin</i>	17
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	17
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	18
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	18
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	18
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	18
<i>ampicillin sodium</i>	18
<i>anagrelide hcl</i>	74
<i>anastrozole</i>	20
<i>ANORO ELLIPT AER 62.5-25</i>	86
<i>aprepitant</i>	69
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	69
<i>apri</i>	61
<i>APTOM</i>	48
<i>APTIVUS</i>	12
<i>ARALAST NP</i>	88
<i>aranelle</i>	61
<i>ARCALYST</i>	79
<i>AREXVY</i>	80
<i>ARIKAYCE</i>	9
<i>aripiprazole</i>	44
<i>ARISTADA</i>	44
<i>ARISTADA INITIO</i>	44
<i>armodafinil</i>	56
<i>ARNUIITY ELLIPTA</i>	90
<i>asenapine maleate</i>	44

<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	75
ASTAGRAF XL	79
<i>atazanavir sulfate</i>	12
<i>atenolol</i>	37
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	36
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	36
<i>atomoxetine hcl</i>	53
<i>atorvastatin calcium</i>	36
<i>atovaquone</i>	9
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	12
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	12
ATROPINE SULFATE	85
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	85
ATROVENT HFA	86
<i>aubra eq</i>	61
AUGTYRO	23
<i>aurovela 1/20</i>	62
<i>aurovela fe 1/20</i>	62
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	62
AUSTEDO	55
AUSTEDO XR	55
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	55
AUVELITY TAB 45-105MG	41
<i>aviane</i>	62
AVMAPKI PAK FAKZYNJA	23
<i>ayuna</i>	62
AYVAKIT	23
<i>azacitidine</i>	19
<i>azathioprine</i>	79
<i>azelastine hcl</i>	87
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	85
<i>azithromycin</i>	16
<i>aztreonam</i>	9
<i>azurette</i>	62
B	
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	84
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	84
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	83
<i>baclofen</i>	56
BAFIERTAM	55
<i>balsalazide disodium</i>	71

BALVERSA	23
<i>balziva</i>	62
BARACLUDE	15
BCG VACCINE	80
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	32
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	32
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	32
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	32
<i>benazepril hcl</i>	33
BENDAMUSTINE HYDROCHLORID	19
BENDEKA	19
BENLYSTA	79
<i>benzonatate</i>	88
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	91
<i>benztropine mesylate</i>	43
BERINERT	74
BESIVANCE	84
BESREMI	21
<i>betaine powder for oral solution</i>	67
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	92
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	92, 93
<i>betamethasone valerate</i>	93
BETASERON	55
<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	85
<i>bethanechol chloride</i>	73
BEVESPI AER 9-4.8MCG	86
<i>bexarotene</i>	21
<i>bexarotene (topical)</i>	94
BEXSERO	80
<i>bicalutamide</i>	20
BICILLIN L-A	18
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	13
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	13
BIMZELX	75
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	37
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	37
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	37

<i>bisoprolol fumarate</i>	37
BIVIGAM.....	78
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	62
BONSITY.....	61
BOOSTRIX INJ.....	80
<i>bortezomib</i>	23
BORTEZOMIB	23
<i>bosentan</i>	40
BOSULIF	23
BRAFTOVI.....	23
BREO ELLIPTA INH 100-25	90
BREO ELLIPTA INH 200-25	90
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	90
<i>breyana</i>	90
BREZTRI AERO AER SPHERE.....	86
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	86
<i>briellyn</i>	62
<i>brimonidine tartrate</i>	85
<i>brinzolamide</i>	85
BRIVIACT.....	48
<i>bromocriptine mesylate</i>	43
BRUKINSA	23
<i>budesonide</i>	71
<i>budesonide (inhalation)</i>	90
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd</i> <i>aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	90
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd</i> <i>aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	90
<i>bumetanide</i>	38
<i>buprenorphine hcl</i>	56
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> <i>12-3 mg (base equiv)</i>	57
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> <i>2-0.5 mg (base equiv)</i>	57
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> <i>4-1 mg (base equiv)</i>	57
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> <i>8-2 mg (base equiv)</i>	57
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> <i>2-0.5 mg (base equiv)</i>	57
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> <i>8-2 mg (base equiv)</i>	57
<i>bupropion hcl</i>	41
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> ..	57
<i>buspirone hcl</i>	40
<i>butorphanol tartrate</i>	8

C	
<i>cabergoline</i>	67
CABOMETYX	23
<i>calcipotriene</i>	92
<i>calcitonin (salmon) spray</i>	61
<i>calcitrene</i>	92
<i>calcitriol</i>	69
<i>calcitriol (oral)</i>	69
CALQUENCE	23
<i>camila</i>	62
<i>candesartan cilexetil</i>	35
CAPLYTA.....	45
CAPRELSA.....	23
<i>captopril</i>	33
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i> <i>15 mg</i>	32
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i> <i>25 mg</i>	32
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i> <i>15 mg</i>	32
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i> <i>25 mg</i>	32
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-</i> <i>100mg</i>	43
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i> <i>100mg</i>	43
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i> <i>250mg</i>	43
<i>carbamazepine</i>	48
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	43
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	43
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	43
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100</i> <i>mg</i>	43
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200</i> <i>mg</i>	43
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>12.5-50-200 mg</i>	44
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>18.75-75-200 mg</i>	44
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>25-100-200 mg</i>	44
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>31.25-125-200 mg</i>	44
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>37.5-150-200 mg</i>	44

<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>		<i>chlorthalidone</i>	38
50-200-200 mg.....	44	<i>cholestyramine</i>	36
<i>carboplatin</i>	19	<i>cholestyramine light</i>	36
<i>carglumic acid</i>	67	<i>ciclopirox</i>	92
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	85	<i>ciclopirox olamine</i>	92
<i>cartia xt</i>	37	<i>cilostazol</i>	74
<i>carvedilol</i>	37	CILOXAN.....	84
<i>caspofungin acetate</i>	11	CIMDUO TAB 300-300	13
CAYSTON.....	9	<i>cinacalcet hcl</i>	67
<i>cefaclor</i>	15	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i> ..	17
<i>cefadroxil</i>	15, 16	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i> ..	17
CEFAZOLIN	16	<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i>	
CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4% ..	16	0.3-0.1%	86
CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3% ..	16	<i>ciprofloxacin hcl</i>	17
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%		<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	84
.....	16	<i>cisplatin</i>	19
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2% ..	16	<i>citalopram hydrobromide</i>	41, 42
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	16	<i>claravis</i>	91
<i>cefazolin sodium</i>	16	<i>clarithromycin</i>	16
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4% ...	16	<i>clindamycin hcl</i>	9
<i>cefdinir</i>	16	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> ...	9
<i>cefepime hcl</i>	16	<i>clindamycin phosphate</i>	9
<i>cefixime</i>	16	<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	91
<i>cefotetan disodium</i>	16	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
<i>cefoxitin sodium</i>	16	300 mg/50ml	9
<i>cefpodoxime proxetil</i>	16	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
<i>cefprozil</i>	16	600 mg/50ml	9
<i>ceftazidime</i>	16	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
<i>ceftriaxone sodium</i>	16	900 mg/50ml	9
<i>cefuroxime axetil</i>	16	<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	73
<i>cefuroxime sodium</i>	16	<i>clindamycin phosph-benzoyl peroxide</i>	
<i>celecoxib</i>	7	(refrig) gel 1.2 (1)-5%.....	91
<i>cephalexin</i>	16	CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML.....	9
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)		CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML.....	9
.....	59	CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML.....	9
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)		CLINIMIX INJ 4.25/D10	83
.....	59	CLINIMIX INJ 4.25/D5W	83
CEQUR SIMPL MIS INSERTER	59	CLINIMIX INJ 5%/D15W	83
CERDELGA	67	CLINIMIX INJ 5%/D20W	83
CEREZYME	67	CLINIMIX INJ 6/5.....	83
<i>cetirizine hcl</i>	87	CLINIMIX INJ 8/10	83
<i>chateal eq</i>	62	CLINIMIX INJ 8/14	83
CHEMET.....	61	<i>clinisol sf 15%</i>	83
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>		CLINOLIPID EMU 20%	83
.....	95	<i>clobazam</i>	48
<i>chloroquine phosphate</i>	12	<i>clobetasol propionate</i>	93
<i>chlorpromazine hcl</i>	45	<i>clobetasol propionate e</i>	93

<i>clodan</i>	93	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR....	19
<i>clomipramine hcl</i>	42	<i>cycloserine</i>	14
<i>clonazepam</i>	48	<i>cyclosporine</i>	79
<i>clonidine</i>	39	<i>cyclosporine modified (for</i>	
<i>clonidine hcl</i>	39	<i>microemulsion)</i>	79
<i>clopidogrel bisulfate</i>	75	<i>cyproheptadine hcl</i>	87
<i>clorazepate dipotassium</i>	48	<i>cyred eq</i>	62
<i>clotrimazole</i>	95	CYSTADROPS	85
<i>clotrimazole (topical)</i>	92	CYSTAGON.....	67
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i>		CYSTARAN	85
<i>1-0.05%</i>	92	<i>cytarabine</i>	19
<i>clozapine</i>	45	D	
COARTEM TAB 20-120MG	12	D10W/NACL INJ 0.2%	81
COBENFY CAP 100-20MG	45	D2.5W/NACL INJ 0.45%.....	81
COBENFY CAP 125-30MG	45	<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	73
COBENFY CAP 50-20MG	45	<i>dalfampridine</i>	56
COBENFY STRT CAP PACK	45	<i>danazol</i>	57
<i>colchicine</i>	7	<i>dantrolene sodium</i>	56
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500</i>		DANZITEN.....	24
<i>mg</i>	7	<i>dapagliflozin propanediol</i>	57
<i>colesevelam hcl</i>	36	<i>dapsone</i>	9
<i>colestipol hcl</i>	36	DAPTACEL INJ	80
<i>colistimethate sodium</i>	9	<i>daptomycin</i>	9
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	85	DAPTOMYCIN	9
COMBIVENT AER 20-100	86	<i>darunavir</i>	12
COMETRIQ (60MG DOSE).....	23	<i>dasatinib</i>	24
COMETRIQ KIT 100MG.....	24	<i>dasetta 1/35</i>	62
COMETRIQ KIT 140MG.....	24	<i>dasetta 7/7/7</i>	62
<i>compro</i>	69	DAURISMO.....	24
<i>constulose</i>	71	DAYVIGO	54
COPAXONE	55, 56	<i>deblitane</i>	62
COPIKTRA.....	24	<i>deferasirox</i>	61
CORLANOR.....	39	DELSTRIGO TAB	13
COTELLIC	24	DENGVAIXA SUS.....	80
CREON CAP 12000UNT	71	DEPO-SUBQ PROVERA 104	62
CREON CAP 24000UNT	72	<i>depo-testosterone</i>	57
CREON CAP 3000UNIT	71	DESCOVY TAB 120-15MG	13
CREON CAP 36000UNT	72	DESCOVY TAB 200/25MG	13
CREON CAP 6000UNIT	71	<i>desipramine hcl</i>	42
CRESEMBA.....	11	<i>desmopressin acetate</i>	67
<i>cromolyn sodium</i>	88	<i>desmopressin acetate spray</i>	67
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	72	<i>desmopressin acetate spray</i>	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	85	<i>refrigerated</i>	67
<i>cryselle-28</i>	62	<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab</i>	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	56	<i>0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	62
<i>cyclophosphamide</i>	19	<i>desvenlafaxine succinate</i>	42
CYCLOPHOSPHAMIDE	19	<i>dexamethasone</i>	66

DEXAMETHASONE INTENSOL.....	66	<i>disulfiram</i>	57
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> ...	66	<i>divalproex sodium</i>	49
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> (<i>ophth</i>)	84	<i>docetaxel</i>	22
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	53	DOCETAXEL	22
<i>dextrose</i>	83	DOCIVYX	22
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride</i> 0.45%	81	<i>dofetilide</i>	35
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride</i> 0.45%	81	<i>donepezil hydrochloride</i>	41
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	81	DOPTelet	74
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	81	<i>dorzolamide hcl</i>	85
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i> 0.225%	81	<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth</i> <i>soln 2-0.5%</i>	85
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	81	<i>dotti</i>	65
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	81	DOVATO TAB 50-300MG	13
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	81	<i>doxazosin mesylate</i>	33
DIACOMIT	48	<i>doxepin hcl</i>	42
<i>diazepam</i>	49	<i>doxepin hcl (sleep)</i>	54
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	49	<i>doxorubicin hcl</i>	22
<i>diazepam inj</i>	49	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	22
<i>diazepam intensol</i>	49	<i>doxy 100</i>	18
<i>diazoxide</i>	67	<i>doxycycline (monohydrate)</i>	18
<i>diclofenac potassium</i>	7	<i>doxycycline hyclate</i>	18
<i>diclofenac sodium</i>	7	DRIZALMA SPRINKLE.....	42
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	85	<i>dronabinol</i>	69
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	94	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-</i> 0.02 mg	62
<i>dicloxacillin sodium</i>	18	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-</i> 0.03 mg	62
<i>dicyclomine hcl</i>	70	<i>droxidopa</i>	39
DIFICID	16	DULERA AER 100-5MCG.....	90
<i>diflunisal</i>	7	DULERA AER 200-5MCG.....	90
<i>digoxin</i>	39	DULERA AER 50-5MCG.....	90
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	54	<i>duloxetine hcl</i>	42
DILANTIN	49	DUPIXENT.....	75
<i>diltiazem hcl</i>	38	<i>dutasteride</i>	73
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	38	<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4</i> mg	73
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	38	E	
<i>dilt-xr</i>	37	<i>e.e.s. 400</i>	16
<i>diphenhydramine hcl</i>	87	<i>econazole nitrate</i>	92
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i> 0.025 mg	72	EDURANT	12
<i>dipyridamole</i>	75	EDURANT PED	12
<i>disopyramide phosphate</i>	35	<i>efavirenz</i>	12
		<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab</i> 600-200-300 mg	14
		<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i> 400-300-300 mg	14

<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i>		EPCLUSA TAB 200-50MG.....	15
600-300-300 mg	14	EPCLUSA TAB 400-100	15
ELIGARD	20	EPIDIOLEX	49
<i>elinest</i>	62	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	39, 88
ELIQUIS	73	<i>eplerenone</i>	33
ELIQUIS STARTER PACK	74	<i>ergocalciferol</i>	95
<i>eluryng</i>	62	<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	
EMGALITY	54		54
EMSAM	42	ERIVEDGE.....	24
<i>emtricitabine</i>	12	ERLEADA	20
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir df tab</i>		<i>erlotinib hcl</i>	24
200-25-300 mg.....	14	<i>errin</i>	62
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i>		<i>ertapenem sodium</i>	10
<i>fumarate tab 100-150 mg</i>	14	<i>ery</i>	91
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i>		ERYTHROCIN LACTOBIONATE	17
<i>fumarate tab 133-200 mg</i>	14	<i>erythromycin (acne aid)</i>	91
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i>		<i>erythromycin (ophth)</i>	84
<i>fumarate tab 167-250 mg</i>	14	<i>erythromycin base</i>	17
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i>		<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	17
<i>fumarate tab 200-300 mg</i>	14	<i>erythromycin lactobionate</i>	17
EMTRIVA.....	12	ERZOFRI.....	45
EMVERM	9	<i>escitalopram oxalate</i>	42
<i>emzahh</i>	62	<i>eslicarbazepine acetate</i>	49
<i>enalapril maleate</i>	33	<i>esomeprazole magnesium</i>	72
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>		<i>estarylla</i>	62
<i>tab 10-25 mg</i>	32	<i>estradiol</i>	65
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>		<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i>	
<i>tab 5-12.5 mg</i>	32	0.5-0.1 mg.....	66
ENBREL	75	<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i>	
ENBREL MINI.....	76	1-0.5 mg.....	66
ENBREL SURECLICK	76	<i>estradiol vaginal</i>	66
<i>endocet tab 10-325mg</i>	8	<i>estradiol valerate</i>	66
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	8	<i>ethambutol hcl</i>	14
<i>endocet tab 5-325mg</i>	8	<i>ethosuximide</i>	49
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	8	<i>etodolac</i>	7
ENGERIX-B	80	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring</i>	
<i>enilloring</i>	62	0.12-0.015 mg/24hr.....	62
<i>enoxaparin sodium</i>	74	<i>etoposide</i>	22
<i>enskyce</i>	62	<i>etravirine</i>	12
ENSTILAR AER.....	92	EUCRISA.....	94
<i>entacapone</i>	44	EULEXIN	20
<i>entecavir</i>	15	<i>everolimus</i>	24
ENTRESTO CAP 15-16MG	34	<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	79
ENTRESTO CAP 6-6MG.....	34	EVOTAZ TAB 300-150.....	14
<i>enulose</i>	71	<i>exemestane</i>	20
EPCLUSA PAK 150-37.5	15	EYSUVIS	85
EPCLUSA PAK 200-50MG.....	15	<i>ezetimibe</i>	36

ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg.36
 ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg.36
 ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg.36
 ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg.36

F

FABRAZYME67
 falmina62
 famciclovir15
 famotidine70
 famotidine in nacl 0.9% iv soln 20
 mg/50ml70
 FANAPT45
 FANAPT PAK PACK A.....45
 FANAPT PAK PACK B.....45
 FANAPT PAK PACK C.....45
 FARXIGA.....58
 FASENRA88
 FASENRA PEN.....88
 feirza 1/2062
 feirza 1.5/3062
 felbamate49
 felodipine38
 fenofibrate35
 fenofibrate micronized36
 fentanyl.....7
 FETZIMA.....42
 FETZIMA CAP TITRATIO42
 FIASP59
 FIASP FLEXTOUCH59
 FIASP PENFILL.....59
 FIASP PUMPCART59
 fidaxomicin17
 finasteride.....73
 fingolimod hcl.....56
 FINTEPLA49
 FIRMAGON20
 flac86
 FLEBOGAMMA DIF78
 flecainide acetate35
 fluconazole.....11
 fluconazole in nacl 0.9% inj 200
 mg/100ml11
 fluconazole in nacl 0.9% inj 400
 mg/200ml11
 flucytosine11
 fludrocortisone acetate66
 flunisolide (nasal).....89

fluocinolone acetonide93
 fluocinolone acetonide (otic)86
 fluocinonide.....93
 fluocinonide emulsified base93
 fluorometholone (ophth)85
 fluorouracil.....19
 fluorouracil (topical)94
 fluoxetine hcl.....42
 fluphenazine decanoate45
 fluphenazine hcl.....45
 flurbiprofen7
 flurbiprofen sodium85
 fluticasone propionate93
 fluticasone propionate (nasal)89
 fluticasone-salmeterol aer powder ba
 100-50 mcg/act90
 fluticasone-salmeterol aer powder ba
 250-50 mcg/act90
 fluticasone-salmeterol aer powder ba
 500-50 mcg/act91
 fluvoxamine maleate41
 folic acid95
 fondaparinux sodium74
 fosamprenavir calcium12
 fosfomycin tromethamine.....10
 fosinopril sodium.....33
 fosinopril sodium & hydrochlorothiazide
 tab 10-12.5 mg.....32
 fosinopril sodium & hydrochlorothiazide
 tab 20-12.5 mg.....32
 FOTIVDA.....24
 FRINDOVYX.....19
 FRUZAQLA24
 FULPHILA.....74
 fulvestrant20
 furosemide.....38
 furosemide inj38
 fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg66
 fyavolv tab 1mg-5mcg66
 FYCOMPA.....49

G

gabapentin49, 50
 galantamine hydrobromide41
 gallifrey68
 GAMASTAN INJ78
 GAMMAGARD LIQUID78
 GAMMAGARD S/D IGA LESS TH78

GAMMAKED	78	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	11
GAMMAPLEX	78	<i>guanfacine hcl</i>	39
GAMUNEX-C	78	<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	53
<i>ganciclovir sodium</i>	15	H	
GARDASIL 9	80	HADLIMA	76
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	84	HADLIMA PUSH TOUCH	76
GATTEX	72	HAEGARDA	75
GAUZE PADS 2	59	<i>hailey 1.5/30</i>	62
<i>gavilyte-c</i>	71	<i>halobetasol propionate</i>	93
<i>gavilyte-g</i>	71	<i>haloette</i>	62
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	71	<i>haloperidol</i>	45
GAVRETO	24	<i>haloperidol decanoate</i>	45
<i>gefitinib</i>	24	<i>haloperidol lactate</i>	46
<i>gemcitabine hcl</i>	20	HAVRIX	80
<i>gemfibrozil</i>	36	<i>heather</i>	62
GEMTESA	73	<i>heparin sodium (porcine)</i>	74
<i>generlac</i>	71	HEPLISAV-B	80
<i>gengraf</i>	79	HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	74
GENOTROPIN	67	HERCEP HYLEC SOL 60-10000	25
GENOTROPIN MINISQUICK	67	HERCEPTIN	25
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	10	HERNEXEOS	25
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	10	HERZUMA	25
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	10	HIBERIX	80
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	10	HUMIRA	76
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	10	HUMIRA PEN	76
<i>gentamicin sulfate</i>	10	HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	76
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	84	HUMIRA PEN KIT PS/UV	76
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	91	HUMULIN R U-500 (CONCENTR	59
GENVOYA TAB	14	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	60
GILOTRIF	24	<i>hydralazine hcl</i>	39
<i>glatiramer acetate</i>	56	<i>hydrochlorothiazide</i>	38
<i>glatopa</i>	56	<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i> <i>325 mg/15ml</i>	8
GLEOSTINE	19	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i>	8
<i>glimepiride</i>	58	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325</i> <i>mg</i>	8
<i>glipizide</i>	58	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i>	8
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	58	<i>hydrocodone bitartrate</i>	7
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	58	<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	8
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	58	<i>hydrocortisone</i>	66
<i>glycopyrrolate</i>	70	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	71
<i>glydo</i>	94	<i>hydrocortisone (rectal)</i>	94
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	58	<i>hydrocortisone (topical)</i>	93
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	58	<i>hydrocortisone sod succinate</i>	66
GOMEKLI	25		
<i>granisetron hcl</i>	69, 70		
<i>griseofulvin microsize</i>	11		

<i>hydrocortisone valerate</i>	93	INVEGA HAFYERA.....	46
<i>hydrocortisone w/ acetic acid otic soln</i>		INVEGA SUSTENNA	46
1-2%.....	86	INVEGA TRINZA.....	46
<i>hydromorphone hcl</i>	8	IPOL INJ INACTIVE.....	80
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	78	<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-</i>	
<i>hydroxyurea</i>	22	2.5(3) mg/3ml	86
<i>hydroxyzine hcl</i>	87	<i>ipratropium bromide</i>	86
<i>hydroxyzine pamoate</i>	87	<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	86
I		<i>irbesartan</i>	35
<i>ibandronate sodium</i>	61	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i>	
IBRANCE.....	25	150-12.5 mg	34
IBTROZI	25	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>ibu</i>	7	300-12.5 mg	34
<i>ibuprofen</i>	7	<i>irinotecan hcl</i>	22
<i>icatibant acetate</i>	75	ISENTRESS	12, 13
<i>iclevia</i>	62	ISENTRESS HD	13
ICLUSIG	25	<i>isibloom</i>	63
IDHIFA	25	ISOLYTE-P INJ /D5W	81
<i>imatinib mesylate</i>	25	ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	81
IMBRUVICA	25	<i>isoniazid</i>	14
<i>imipenem-cilastatin intravenous for</i>		<i>isosorbide dinitrate</i>	39
soln 250 mg	10	<i>isosorbide mononitrate</i>	39
<i>imipenem-cilastatin intravenous for</i>		<i>isotretinoin</i>	91
soln 500 mg	10	ITOVEBI	26
<i>imipramine hcl</i>	42	<i>itraconazole</i>	11
<i>imiquimod</i>	94	<i>ivabradine hcl</i>	39
IMKELDI	25	<i>ivermectin</i>	10
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	80	IWILFIN.....	22
IMPAVIDO.....	10	IXIARO INJ.....	80
INBRIJA.....	44	J	
<i>incassia</i>	62	JAKAFI	26
INCRELEX	67	<i>jantoven</i>	74
INCRUSE ELLIPTA	86	JANUMET TAB 50-1000	58
<i>indapamide</i>	38	JANUMET TAB 50-500MG	58
INFANRIX INJ	80	JANUMET XR TAB 100-1000.....	58
INFLIXIMAB.....	76	JANUMET XR TAB 50-1000	58
INLYTA	25	JANUMET XR TAB 50-500MG.....	58
INQOVI TAB 35-100MG.....	20	JANUVIA	58
INREBIC	25	JARDIANCE	58
INSULIN PEN NEEDLES: EMBECTA-BD		<i>jasmiel</i>	63
.....	60	<i>javygtor</i>	67
INSULIN SAFETY NEEDLES: EMBECTA-		JAYPIRCA.....	26
BD	60	JENTADUETO TAB 2.5-1000.....	58
INSULIN SYRINGES: EMBECTA-BD ...	60	JENTADUETO TAB 2.5-500	58
INTELENCE	12	JENTADUETO TAB 2.5-850	58
INTRALIPID.....	83	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG ...	58
<i>introvale</i>	63	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	58

<i>jinteli</i>	66	<i>kionex</i>	61
<i>jolessa</i>	63	KISQALI 200 DOSE	26
<i>juleber</i>	63	KISQALI 400 DOSE	26
JULUCA TAB 50-25MG	14	KISQALI 400 PAK FEMARA.....	26
<i>junel 1/20</i>	63	KISQALI 600 DOSE	26
<i>junel 1.5/30</i>	63	KISQALI 600 PAK FEMARA.....	26
<i>junel fe 1/20</i>	63	<i>klayesta</i>	92
<i>junel fe 1.5/30</i>	63	<i>klor-con</i>	82
JYLAMVO	78	<i>klor-con 10</i>	82
JYNNEOS	80	<i>klor-con 8</i>	82
K		<i>klor-con m10</i>	82
KADCYLA	26	<i>klor-con m15</i>	82
KALETRA SOL	14	<i>klor-con m20</i>	83
KALYDECO	88	KLOXXADO.....	57
KANJINTI	26	KOSELUGO.....	26
<i>kariva</i>	63	<i>kourzeq</i>	95
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....	82	KRAZATI	26
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5%</i> <i>& nacl 0.45% inj</i>	81	<i>kurvelo</i>	63
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45%</i> <i>inj</i>	82	L	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.2% inj</i>	81	<i>labetalol hcl</i>	37
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.45% inj</i>	82	<i>lacosamide</i>	50
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.9% inj</i>	81	<i>lacosamide oral</i>	50
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	82	<i>lactated ringer's solution</i>	82
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	82	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	94
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5%</i> <i>& nacl 0.45% inj</i>	82	<i>lactulose</i>	71
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.45% inj</i>	82	<i>lactulose (encephalopathy)</i>	71
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.9% inj</i>	82	<i>lamivudine</i>	13
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	82	<i>lamivudine (hbv)</i>	15
<i>kelnor 1/35</i>	63	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	14
KERENDIA.....	33	<i>lamotrigine</i>	50
KESIMPTA	56	<i>lanreotide acetate</i>	67
<i>ketoconazole</i>	11	<i>lansoprazole</i>	72
<i>ketoconazole (topical)</i>	92	LANTUS	60
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	85	LANTUS SOLOSTAR	60
KEYTRUDA	26	<i>lapatinib ditosylate</i>	26
KINERET	76	<i>larin 1/20</i>	63
KINRIX INJ.....	80	<i>larin 1.5/30</i>	63
		<i>larin fe 1/20</i>	63
		<i>larin fe 1.5/30</i>	63
		<i>latanoprost</i>	85
		LAZCLUZE.....	26
		<i>leflunomide</i>	78
		<i>lenalidomide</i>	21
		LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	26
		LENVIMA 12MG DAILY DOSE	27
		LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	27

LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	26	LILETTA.....	63
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	26	<i>linezolid</i>	10
LENVIMA CAP 14 MG	27	LINEZOLID INJ 2MG/ML	10
LENVIMA CAP 18 MG	27	LINZESS	72
LENVIMA CAP 24 MG	27	<i>liothyronine sodium</i>	69
<i>lessina</i>	63	<i>lisinopril</i>	33
<i>letrozole</i>	21	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	32
<i>leucovorin calcium</i>	22	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	32
LEUKERAN	19	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	33
<i>leuprolide acetate</i>	21	<i>lithium</i>	55
<i>levalbuterol tartrate</i>	87	<i>lithium carbonate</i>	55
<i>levetiracetam</i>	50	LIVTENCITY.....	15
LEVETIRACETAM	50	<i>loestrin 1/20-21</i>	63
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	50	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	63
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	50	<i>loestrin fe 1/20</i>	63
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	50	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	63
<i>levobunolol hcl</i>	85	LOKELMA	61
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> ...67		LONSURF TAB 15-6.14.....	20
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>87		LONSURF TAB 20-8.19.....	20
<i>levofloxacin</i>	17	<i>loperamide hcl</i>	72
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	17	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>14	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	17	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>14	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	17	<i>lorazepam</i>	41
<i>levonest</i>	63	<i>lorazepam intensol</i>	41
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	63	LORBRENA	27
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	63	<i>loryna</i>	63
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	63	<i>losartan potassium</i>	35
<i>levora 0.15/30-28</i>	63	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	34
<i>levo-t</i>	69	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> 34	
<i>levothyroxine sodium</i>	69	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	34
<i>levoxyl</i>	69	LOTEMAX	85
<i>l-glutamine (sickle cell)</i>	75	<i>lovastatin</i>	36
<i>lidocaine</i>	94	<i>low-ogestrel</i>	63
<i>lidocaine hcl</i>	94	<i>loxapine succinate</i>	46
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	7	LUMAKRAS	27
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	95	LUMIGAN	85
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i> .94		LUMIZYME	67
<i>lidocan</i>	94	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	21
		LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	21

LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH	68	MENQUADFI	80
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH	68	MENVEO INJ	80
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH	68	MENVEO SOL.....	80
<i>lurasidone hcl</i>	46	<i>mercaptopurine</i>	20
<i>lutea</i>	63	<i>meropenem</i>	10
LYBALVI TAB 10-10MG	46	<i>mesalamine</i>	71
LYBALVI TAB 15-10MG	46	<i>mesalamine w/ cleanser</i>	71
LYBALVI TAB 20-10MG	46	<i>mesna</i>	22
LYBALVI TAB 5-10MG	46	<i>metformin hcl</i>	58
<i>lyleq</i>	63	<i>methadone hcl</i>	8
<i>lyllana</i>	66	<i>methadone hydrochloride i</i>	8
LYNPARZA.....	27	<i>methazolamide</i>	38
LYSODREN	21	<i>methenamine hippurate</i>	10
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	27	<i>methimazole</i>	69
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	27	<i>methotrexate sodium</i>	20, 78
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	27	<i>methsuximide</i>	50
<i>lyza</i>	63	<i>methylphenidate hcl</i>	53, 54
M		<i>methylprednisolone</i>	66
<i>magnesium sulfate</i>	82	<i>methylprednisolone acetate</i>	66
MAGNESIUM SULFATE	82	<i>methylprednisolone sod succ</i>	66
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv</i>		<i>metoclopramide hcl</i>	70
<i>soln 1 gm/100ml</i>	82	<i>metolazone</i>	38
<i>malathion</i>	95	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>maraviroc</i>	13	100-25 mg	37
<i>marlissa</i>	63	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>	
MARPLAN	42	100-50 mg	37
MATULANE	22	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>	
MAVYRET PAK 50-20MG	15	50-25 mg	37
MAVYRET TAB 100-40MG	15	<i>metoprolol succinate</i>	37
<i>meclizine hcl</i>	70	<i>metoprolol tartrate</i>	37
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	68	<i>metronidazole</i>	10
<i>medroxyprogesterone acetate</i>		<i>metronidazole (topical)</i>	94
<i>(contraceptive)</i>	63	<i>metronidazole vaginal</i>	73
<i>mefloquine hcl</i>	12	<i>metyrosine</i>	39
<i>megestrol acetate</i>	21, 68	<i>micafungin sodium</i>	11
<i>megestrol acetate (appetite)</i>	69	<i>microgestin 1/20</i>	64
MEKINIST	27	<i>microgestin 1.5/30</i>	63
MEKTOVI	27	<i>microgestin fe 1/20</i>	64
<i>meleya</i>	63	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	64
<i>meloxicam</i>	7	<i>midodrine hcl</i>	39
<i>memantine hcl</i>	41	MIEBO	85
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er</i>		<i>mifepristone (hyperglycemia)</i>	68
24hr 14-10 mg	41	<i>mili</i>	64
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er</i>		<i>mimvey</i>	66
24hr 21-10 mg	41	<i>minocycline hcl</i>	19
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er</i>		<i>minoxidil</i>	39
24hr 28-10 mg	41	<i>mirtazapine</i>	42

<i>misoprostol</i>	72
M-M-R II INJ	80
M-NATAL PLUS TAB	83
<i>modafinil</i>	56
MODEYSO	22
<i>moexipril hcl</i>	33
<i>molindone hcl</i>	46
<i>mometasone furoate</i>	93
MONJUVI	27
<i>mono-lynyah</i>	64
<i>montelukast sodium</i>	88
<i>morphine sulfate</i>	8
MOUNJARO	58
MOVANTIK	72
<i>moxifloxacin hcl</i>	17
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	84
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in</i> <i>sodium chloride 0.8% inj</i>	17
MRESVIA	80
MULTAQ	35
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	82
<i>mupirocin</i>	91
<i>mycophenolate mofetil</i>	79
<i>mycophenolate sodium</i>	79
MYRBETRIQ	73
N	
<i>nabumetone</i>	7
<i>nadolol</i>	37
<i>nafticillin sodium</i>	18
NAGLAZYME	68
<i>naloxone hcl</i>	57
<i>naltrexone hcl</i>	57
NAMZARIC CAP 7-10MG	41
<i>naproxen</i>	7
<i>naproxen sodium</i>	7
<i>naratriptan hcl</i>	54
NATACYN	84
<i>nateglinide</i>	58
NAYZILAM	50
<i>nebivolol hcl</i>	37
necon 0.5/35-28	64
<i>nefazodone hcl</i>	42
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx</i> <i>5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	84
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol</i> <i>1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	84

<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> <i>ophth oint 0.1%</i>	84
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> <i>ophth susp 0.1%</i>	84
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	84
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	86
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5</i> <i>mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	86
<i>neomycin sulfate</i>	10
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-</i> <i>10000unt op oin</i>	84
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	83
NERLYNX	27
<i>neuac</i>	91
<i>nevirapine</i>	13
NEXLETOL	36
NEXLIZET TAB 180/10MG	36
NEXPLANON	64
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	36
NICOTROL NS	57
<i>nifedipine</i>	38
<i>nikki</i>	64
<i>nilotinib hcl</i>	27, 28
<i>nilutamide</i>	21
<i>nimodipine</i>	38
NINLARO	28
<i>nitazoxanide</i>	10
<i>nitisinone</i>	68
NITRO-BID	39
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	10
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	10
<i>nitroglycerin</i>	39
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i>	94
<i>nizatidine</i>	70
<i>nora-be</i>	64
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td</i> <i>ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	64
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	64
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol</i> <i>tab 1.5 mg-30 mcg</i>	64
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol</i> <i>tab 1 mg-20 mcg</i>	64
<i>norethindrone acetate</i>	69
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> <i>tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	66
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> <i>tab 1 mg-5 mcg</i>	66

<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab</i>	
0.25 mg-35 mcg	64
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i>	
25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg	64
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i>	
35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg	64
<i>norlyroc</i>	64
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	64
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	64
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	64
<i>nortrel 7/7/7</i>	64
<i>nortriptyline hcl</i>	42
NORVIR	13
NOVOLIN INJ 70/30	60
NOVOLIN INJ 70/30 FP	60
NOVOLIN N	60
NOVOLIN N FLEXPEN	60
NOVOLIN R	60
NOVOLIN R FLEXPEN	60
NOVOLOG	60
NOVOLOG FLEXPEN	60
NOVOLOG FLEXPEN RELION	60
NOVOLOG MIX INJ 70/30	60
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	60
NOVOLOG PENFILL	60
NOVOLOG RELION	60
NUBEQA	21
NUDEXTA CAP 20-10MG	55
NULOJIX	79
NUPLAZID	46
NURTEC	54
NUTRILIPID	83
NUZYRA	19
<i>nyamyc</i>	92
<i>nylia 1/35</i>	64
<i>nylia 7/7/7</i>	64
<i>nystatin</i>	11
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	95
<i>nystatin (topical)</i>	92
<i>nystop</i>	92
O	
<i>ocella</i>	64
OCTAGAM	79
<i>octreotide acetate</i>	68
ODEFSEY TAB	14
ODOMZO	28
OFEV	88

<i>ofloxacin (ophth)</i>	84
<i>ofloxacin (otic)</i>	86
OGIVRI	28
OGSIVEO	28
OJEMDA	28
OJJAARA	28
<i>olanzapine</i>	46
<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5</i>	
mg	34
<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5</i>	
mg	34
<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	
.....	34
<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5</i>	
mg	34
<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	
.....	34
<i>olmesartan medoxomil</i>	35
<i>olmesartan medoxomil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	
.....	34
<i>olmesartan medoxomil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	
.....	34
<i>olmesartan medoxomil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	
.....	34
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	36
<i>omeprazole</i>	72
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	60
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6	60
OMNIPOD 5 L2 KIT INTRO G6	60
OMNIPOD 5 L2 MIS PODS G6	60
OMNIPOD DASH KIT INTRO	60
OMNIPOD DASH MIS PODS	60
<i>ondansetron</i>	70
<i>ondansetron hcl</i>	70
ONTRUZANT	28
ONUREG	20
OPIPZA	46
OPSUMIT	40
ORGOVYX	21
ORKAMBI GRA 100-125	88

ORKAMBI GRA 150-188	88
ORKAMBI GRA 75-94MG	88
ORKAMBI TAB 100-125.....	88
ORKAMBI TAB 200-125.....	88
<i>orquidea</i>	64
ORSERDU	21
<i>oseltamivir phosphate</i>	15
<i>oxacillin sodium</i>	18
<i>oxaliplatin</i>	19
<i>oxcarbazepine</i>	50
<i>oxybutynin chloride</i>	73
<i>oxycodone hcl</i>	8
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	9
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	9
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	9
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	9
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) ...	58
OZEMPIC (1MG/DOSE)	58
OZEMPIC (2MG/DOSE)	59
P	
<i>pacerone</i>	35
<i>paclitaxel</i>	22
<i>paclitaxel inj 100mg</i>	22
<i>paliperidone</i>	46
<i>pamidronate disodium</i>	61
PAMIDRONATE DISODIUM.....	61
PANRETIN	94
<i>pantoprazole sodium</i>	72
PANZYGA	79
<i>paricalcitol</i>	69
<i>paroxetine hcl</i>	42
PAXLOVID PAK	15
PAXLOVID TAB 150-100.....	15
PAXLOVID TAB 300-100.....	15
<i>pazopanib hcl</i>	28
PEDIARIX INJ 0.5ML.....	80
PEDVAX HIB.....	80
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	71
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	71
PEGASYS	15
PEMAZYRE	28

<i>pemetrexed disodium</i>	20
PENBRAYA INJ	80
<i>penicillamine</i>	61
<i>penicillin g potassium</i>	18
<i>penicillin g sodium</i>	18
<i>penicillin v potassium</i>	18
PENMENVY INJ.....	80
PENTACEL INJ	80
<i>pentamidine isethionate inh</i>	10
<i>pentamidine isethionate inj</i>	10
<i>pentoxifylline</i>	75
<i>perampanel</i>	50
<i>perindopril erbumine</i>	33
<i>periogard</i>	95
<i>permethrin</i>	95
<i>perphenazine</i>	47
<i>pfizerpen</i>	18
<i>phenelzine sulfate</i>	42
<i>phenobarbital</i>	50
<i>phenobarbital sodium</i>	50
<i>phenytek</i>	50
<i>phenytoin</i>	50
<i>phenytoin sodium</i>	50
<i>phenytoin sodium extended</i>	51
PHEGO SOL.....	28
<i>philith</i>	64
PIFELTRO.....	13
<i>pilocarpine hcl</i>	85
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	95
<i>pimecrolimus</i>	94
<i>pimozide</i>	47
<i>pimtrea</i>	64
<i>pindolol</i>	37
<i>pioglitazone hcl</i>	59
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	59
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	59
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	18
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	18
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	18
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	18

<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 40.5 gm (36-4.5 gm).....	18
PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	28
PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	28
PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	28
<i>pirfenidone</i>	89
<i>piroxicam</i>	7
<i>plenamine</i>	83
PLENVU SOL.....	71
<i>podofilox</i>	94
<i>polycin ophth oint</i>	84
<i>polymyxin b sulfate</i>	10
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln</i> 10000 unit/ml-0.1%	84
POMALYST	21
<i>portia-28</i>	64
<i>posaconazole</i>	12
<i>potassium chloride</i>	82, 83
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%)</i> <i>in dextrose 5% inj</i>	82
<i>potassium chloride microencapsulated</i> <i>crystals er</i>	83
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	73
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	82
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	82
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	82
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	44
<i>prasugrel hcl</i>	75
<i>pravastatin sodium</i>	36
<i>praziquantel</i>	10
<i>prazosin hcl</i>	33
<i>prednisolone</i>	66
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	85
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP.....	85
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	66
<i>prednisone</i>	67
PREDNISONE INTENSOL	67
<i>pregabalin</i>	51
PREMASOL SOL 10%	83
PRENATAL TAB 27-1MG	83
PRENATAL TAB PLUS	83
<i>prevalite</i>	36
PREVYMIS	15
PREZCOBIX TAB 675/150.....	14

PREZCOBIX TAB 800-150.....	14
PREZISTA	13
PRIFTIN	14
<i>primaquine phosphate</i>	12
PRIMAQUINE PHOSPHATE	12
<i>primidone</i>	51
PRIORIX INJ	80
PRIVIGEN	79
<i>probenecid</i>	7
<i>prochlorperazine</i>	70
<i>prochlorperazine edisylate</i>	70
<i>prochlorperazine maleate</i>	70
PROCRT	74
<i>proctocort</i>	94
<i>procto-med hc</i>	94
<i>proctosol hc</i>	94
<i>proctozone-hc</i>	94
<i>progesterone</i>	69
PROGRAF.....	79
PROLASTIN-C	89
PROLIA	61
<i>promethazine hcl</i>	70
<i>propafenone hcl</i>	35
<i>proparacaine hcl</i>	85
<i>propranolol hcl</i>	37
<i>propylthiouracil</i>	69
PROQUAD INJ	80
PROSOL INJ 20%	83
<i>protriptyline hcl</i>	43
PULMOZYME	89
<i>pyrazinamide</i>	14
<i>pyridostigmine bromide</i>	55
<i>pyrimethamine</i>	10
PYZCHIVA	76

Q

QINLOCK	28
QUADRACEL INJ 0.5ML	80
<i>quetiapine fumarate</i>	47
<i>quinapril hcl</i>	33
<i>quinidine sulfate</i>	35
<i>quinine sulfate</i>	12
QULIPTA	54

R

RABAVERT INJ	80
RALDESY	43
<i>raloxifene hcl</i>	68
<i>ramelteon</i>	54

<i>ramipril</i>	33	<i>rufinamide</i>	51
<i>ranolazine</i>	39	RUKOBIA	13
<i>rasagiline mesylate</i>	44	RYBELSUS.....	59
<i>reclipsen</i>	64	RYDAPT	29
RECOMBIVAX HB	81	S	
RELENZA DISKHALER	15	<i>sacubitril-valsartan tab 24-26 mg</i>	34
RELISTOR	72	<i>sacubitril-valsartan tab 49-51 mg</i>	34
REMICADE	76	<i>sacubitril-valsartan tab 97-103 mg</i> ...	34
RENFLEXIS.....	76	<i>sajazir</i>	75
<i>repaglinide</i>	59	SANTYL	95
REPATHA	36	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	68
REPATHA SURECLICK	36	SCEMBLIX.....	29
RESTASIS	85	<i>scopolamine</i>	70
RESTASIS MULTIDOSE.....	86	SECUADO	47
RETEVMO.....	28	<i>selegiline hcl</i>	44
REVCovi	68	<i>selenium sulfide</i>	92
REVUFORJ	28, 29	SELZENTRY	13
REXULTI	47	SEREVENT DISKUS.....	87
REYATAZ	13	<i>sertraline hcl</i>	43
REZDIFFRA	68	<i>setlakin</i>	64
REZLIDHIA.....	29	<i>sharobel</i>	64
REZUROCK.....	79	SHINGRIX.....	81
RHOPRESSA	85	SIGNIFOR	68
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	15	SIKLOS.....	75
<i>rifabutin</i>	14	<i>sildenafil citrate</i>	91
<i>rifampin</i>	14	<i>sildenafil citrate (pulmonary</i> <i>hypertension)</i>	40
<i>riluzole</i>	55	<i>silver sulfadiazine</i>	91
<i>rimantadine hydrochloride</i>	15	SIMBRINZA SUS 1-0.2%.....	85
RINVOQ	76, 77	<i>simliya</i>	64
RINVOQ LQ	77	<i>simvastatin</i>	36
<i>risperidone</i>	47	<i>sirolimus</i>	79
<i>risperidone microspheres</i>	47	SIRTURO	14
<i>ritonavir</i>	13	SKYRIZI.....	77
<i>rivaroxaban</i>	74	SKYRIZI PEN	77
<i>rivastigmine</i>	41	<i>sodium chloride</i>	82
<i>rivastigmine tartrate</i>	41	<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	95
<i>rizatriptan benzoate</i>	54	<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f)</i> <i>mg/ml soln</i>	83
ROCKLATAN DRO	85	SODIUM OXYBATE.....	56
<i>roflumilast</i>	89	<i>sodium phenylbutyrate</i>	68
ROMVIMZA.....	29	<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	61
<i>ropinirole hydrochloride</i>	44	<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i> <i>17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	71
<i>rosuvastatin calcium</i>	36	<i>solifenacin succinate</i>	73
ROTARIX SUS.....	81	SOLIQUEA INJ 100/33	60
ROTATEQ SOL	81		
<i>roweepra</i>	51		
ROZLYTREK.....	29		
RUBRACA.....	29		

SOLTAMOX.....	21
SOLU-CORTEF	67
SOMATULINE DEPOT	68
SOMAVERT.....	68
<i>sorafenib tosylate</i>	29
<i>sotalol hcl</i>	35
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	35
SOTYKTU	77
SPIRIVA RESPIMAT	86
<i>spironolactone</i>	33
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 25-25 mg</i>	38
<i>sprintec 28</i>	64
SPRITAM.....	51
<i>sps</i>	61
<i>sps rectal</i>	61
<i>sronyx</i>	64
<i>ssd</i>	91
STELARA.....	77
STIVARGA.....	29
<i>streptomycin sulfate</i>	10
STRIBILD TAB	14
<i>subvenite</i>	51
<i>sucalfate</i>	72
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	91
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	84
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone</i> <i>ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	84
<i>sulfadiazine</i>	11
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> <i>400-80 mg/5ml</i>	11
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> <i>200-40 mg/5ml</i>	11
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> <i>400-80 mg</i>	11
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> <i>800-160 mg</i>	11
SULFAMYLON	92
<i>sulfasalazine</i>	71
<i>sulindac</i>	7
<i>sumatriptan</i>	54
<i>sumatriptan succinate</i>	55
<i>sunitinib malate</i>	29
SUNLENCA	13
<i>syeda</i>	65
SYMDEKO TAB 100-150	89
SYMDEKO TAB 50-75MG	89

SYMPAZAN	51
SYMTUZA TAB	14
SYNAREL	68
SYNTHROID	69
T	
TABLOID.....	20
TABRECTA.....	29
<i>tacrolimus</i>	80
<i>tacrolimus (topical)</i>	95
<i>tadalafil</i>	73
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> ..	40
TAFINLAR	29
TAGRISSO	29
TALZENNA	29
<i>tamoxifen citrate</i>	21
<i>tamsulosin hcl</i>	73
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	65
<i>tasimelteon</i>	54
TAVNEOS.....	75
<i>tazarotene</i>	92
<i>tazicef</i>	16
TAZVERIK	29
TECENTRIQ	30
TECENTRIQ INJ HYBREZA.....	30
TEFLARO.....	16
<i>telmisartan</i>	35
<i>temazepam</i>	54
TENIVAC INJ 5-2LF.....	81
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	13
TEPMETKO	30
<i>terazosin hcl</i>	33
<i>terbinafine hcl</i>	12
<i>terbutaline sulfate</i>	87
<i>terconazole vaginal</i>	73
TERIPARATIDE.....	61
<i>testosterone</i>	57
<i>testosterone cypionate</i>	57
<i>testosterone enanthate</i>	57
<i>testosterone pump</i>	57
<i>tetrabenazine</i>	55
<i>tetracycline hcl</i>	19
THALOMID	21
<i>theophylline</i>	89
<i>thioridazine hcl</i>	47
<i>thiothixene</i>	47
<i>tiadylt er</i>	38
<i>tiagabine hcl</i>	51

TIBSOVO	30
<i>ticagrelor</i>	75
TICOVAC.....	81
<i>tigecycline</i>	19
<i>tilia fe</i>	65
<i>timolol maleate</i>	37
<i>timolol maleate (ophth)</i>	85
<i>tinidazole</i>	11
TIVICAY.....	13
TIVICAY PD	13
<i>tizanidine hcl</i>	56
TOBI PODHALER	11
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	84
<i>tobramycin</i>	11
<i>tobramycin (ophth)</i>	84
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp</i> <i>0.3-0.1%</i>	84
<i>tobramycin sulfate</i>	11
<i>tolterodine tartrate</i>	73
<i>tolvaptan</i>	68
<i>tolvaptan tab therapy pack 30 & 15 mg</i>	68
<i>tolvaptan tab therapy pack 45 & 15 mg</i>	68
<i>tolvaptan tab therapy pack 60 & 30 mg</i>	68
<i>tolvaptan tab therapy pack 90 & 30 mg</i>	68
<i>topiramate</i>	51
<i>toremifene citrate</i>	21
<i>torpenz</i>	30
<i>torse mide</i>	38
TOUJEO MAX SOLOSTAR	60
TOUJEO SOLOSTAR	60
TPN ELECTROL INJ	82
TRADJENTA	59
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325</i> <i>mg</i>	9
<i>tramadol hcl</i>	9
<i>trandolapril</i>	33
<i>tranexamic acid</i>	75
<i>tranylcypromine sulfate</i>	43
TRAVASOL INJ 10%	83
TRAZIMERA.....	30
<i>trazodone hcl</i>	43
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	86

TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	86
TREMFYA	77
TREMFYA INDUCTION PACK FO	77
<i>treprostinil</i>	40
<i>tretinoin</i>	91
<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	22
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	95
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	93
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i> <i>37.5-25 mg</i>	39
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> <i>37.5-25 mg</i>	39
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> <i>75-50 mg</i>	39
<i>tridacaine ii</i>	94
<i>triderm</i>	93
<i>trientine hcl</i>	61
<i>tri-estarylla</i>	65
<i>trifluoperazine hcl</i>	47
<i>trifluridine</i>	84
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	44
TRIARDY XR TAB ER 24HR 10-5- 1000MG	59
TRIARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5- 1000MG	59
TRIARDY XR TAB ER 24HR 25-5- 1000MG	59
TRIARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5- 1000MG	59
TRIKAFTA PAK 59.5MG	89
TRIKAFTA PAK 75MG	89
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	89
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	89
<i>tri-legest fe</i>	65
<i>tri-linyah</i>	65
<i>tri-lo-estarylla</i>	65
<i>tri-lo-marzia</i>	65
<i>tri-lo-mili</i>	65
<i>tri-lo-sprintec</i>	65
<i>trimethoprim</i>	11
<i>tri-mili</i>	65
<i>trimipramine maleate</i>	43
TRINTELLIX.....	43
<i>tri-sprintec</i>	65

TRIUMEQ PD TAB	14	VALTOCO 5 MG DOSE	51
TRIUMEQ TAB	14	<i>valtya 1/50</i>	65
<i>tri-vylibra</i>	65	<i>vancomycin hcl</i>	11
<i>tri-vylibra lo</i>	65	VANCOMYCIN INJ 1 GM	11
TROGARZO	13	VANCOMYCIN INJ 500MG	11
TROPHAMINE INJ 10%	83	VANCOMYCIN INJ 750MG	11
<i>tropium chloride</i>	73	VANFLYTA	30
TRULICITY	59	VAQTA	81
TRUMENBA	81	<i>varenicline tartrate</i>	57
TRUQAP	30	<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &</i> <i>42 x 1 mg start pack</i>	57
TRUXIMA	30	VARIVAX	81
TUKYSA	30	VASCEPA	36
TURALIO	30	VAXCHORA SUS	81
<i>turqoz</i>	65	<i>velivet</i>	65
<i>twice-daily clindamycin phosphate</i> <i>(topical)</i>	91	VELSIPITY	77
TWINRIX INJ	81	VENCLEXTA	30
TYBOST	13	VENCLEXTA TAB START PK	30
TYENNE	77	<i>venlafaxine hcl</i>	43
TYPHIM VI	81	VENTOLIN HFA	87
U		VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	88
UBRELVY	55	<i>verapamil hcl</i>	38
<i>unithroid</i>	69	VERQUVO	39
UPTRA VI	40	VERSACLOZ	47
UPTRA VI PACK TAB 200/800	40	VERZENIO	30
<i>ursodiol</i>	72	<i>vestura</i>	65
USTEKINUMAB	77	<i>vienva</i>	65
V		<i>vigabatrin</i>	52
<i>valacyclovir hcl</i>	15	<i>vigadrone</i>	52
VALCHLOR	95	VIGAFYDE	52
<i>valganciclovir hcl</i>	15	<i>vigpoder</i>	52
<i>valproate sodium</i>	51	<i>vilazodone hcl</i>	43
<i>valproic acid</i>	51	VIMKUNYA	81
<i>valsartan</i>	35	<i>vincristine sulfate</i>	22
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i> <i>12.5 mg</i>	34	<i>vinorelbine tartrate</i>	22
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i> <i>25 mg</i>	35	<i>violele</i>	65
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i> <i>12.5 mg</i>	35	VIRACEPT	13
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i> <i>25 mg</i>	35	VIREAD	13
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> <i>12.5 mg</i>	34	VITRAKVI	30
VALTOCO 10 MG DOSE	52	VIVIMUSTA	19
VALTOCO 15 MG DOSE	52	VIVITROL	57
VALTOCO 20 MG DOSE	52	VIVOTIF CAP EC	81
		VIZIMPRO	30
		VONJO	31
		VOQUEZNA PAK DUAL PAK	72
		VOQUEZNA PAK TRIP PK	72

VORANIGO	31
<i>voriconazole</i>	12
VOSEVI TAB	15
VOWST CAP	72
VRAYLAR	47
<i>vyfemla</i>	65
<i>vylibra</i>	65
VYZULTA.....	85
W	
<i>warfarin sodium</i>	74
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	95
WELIREG	22
<i>wera</i>	65
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	83
WINREVAIR.....	40
WINREVAIR INJ 45MG	40
WINREVAIR INJ 60MG	40
<i>wixela inhub</i>	91
WYOST	61
X	
XALKORI.....	31
<i>xarah fe</i>	65
XARELTO	74
XARELTO STAR TAB 15/20MG	74
XATMEP	78
XCOPRI	52
XCOPRI PAK 100-150	52
XCOPRI PAK 12.5-25	52
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	52
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	52
XCOPRI PAK 50-100MG.....	52
XDEMVY	84
XELJANZ	78
XELJANZ XR	78
XERMELO	72
XHANCE.....	90
XIFAXAN	72
XIGDUO XR TAB 10-1000.....	59
XIGDUO XR TAB 10-500MG	59
XIGDUO XR TAB 2.5-1000.....	59
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	59
XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	59
XIIDRA	86
XOLAIR.....	89

XOSPATA	31
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY)	31
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) 31	
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY)	31
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) 31	
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY)	31
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) 31	
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY)	31
XTANDI	21
<i>xulane</i>	65
XULTOPHY INJ 100/3.6	61
Y	
YESINTEK	78
YF-VAX INJ.....	81
YONSA	21
YUTREPIA	40
<i>yuvaferm</i>	66
Z	
<i>zafemy</i>	65
<i>zafirlukast</i>	88
ZARXIO	74
ZEGALOGUE	67
ZEJULA	31
ZELBORAF.....	31
ZEMAIRA	89
<i>zenatane</i>	91
ZENPEP CAP 10000UNT	72
ZENPEP CAP 15000UNT	72
ZENPEP CAP 20000UNT	72
ZENPEP CAP 25000UNT	72
ZENPEP CAP 3000UNIT	72
ZENPEP CAP 40000UNT	72
ZENPEP CAP 5000UNIT	72
ZENPEP CAP 60000UNT	72
ZERVIAE	85
<i>zidovudine</i>	13
<i>ziprasidone hcl</i>	48
<i>ziprasidone mesylate</i>	48
ZIRABEV.....	31
ZIRGAN	84
<i>zoledronic acid</i>	61
ZOLINZA.....	31
<i>zolpidem tartrate</i>	54

ZONISADE	52
<i>zonisamide</i>	52
<i>zovia 1/35</i>	65
ZTALMY	52
<i>zumandimine</i>	65

ZURZUVAE	43
ZYDELIG	31
ZYKADIA.....	31
ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	84
ZYPREXA RELPREVV	48



Requisitos de accesibilidad y no discriminación

La discriminación es ilegal

Clever Care Health Plan Inc. (en lo sucesivo, Clever Care) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Clever Care no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género).

Clever Care:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de signos.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al (833) 388-8168 (TTY: 711).

Si cree que Clever Care no ha prestado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, orientación sexual e identidad de género), puede presentar una queja ante:

Clever Care Health Plan
Civil Rights Coordinator
7711 Center Ave
Suite 100
Huntington Beach CA 92647

Correo electrónico: civilrightscoordinator@ccmapd.com

Fax: (657) 276-4721

Puede presentar una queja por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles de Clever Care está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través del portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por teléfono o por correo postal a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Notice Of Availability

English: ATTENTION: If you speak English, 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 1-833-388-8168 (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 1-833-388-8168 (TTY: 711) o hable con su proveedor. **Tagalog:** PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang 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 1-833-388-8168 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider. **中文:** 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-833-808-8153 (国语) / 1-833-808-8161 (粤语) (TTY: 711) 或咨询您的服务提供商。 **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 1-833-808-8153 (國語) / 1-833-808-8161 (粵語) (TTY: 711) 或與您的提供者討論。 **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 1-833-808-8163 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn. **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. 1-833-808-8164 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오. **ՀԱՅԵՐԵՆ:** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Չանգահարեք 1-833-388-8168 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ: **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 1-833-388-8168 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг. **ភាសាខ្មែរ:** សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយនិងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-833-388-8168 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ **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。1-833-388-8168(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。 **ਪੰਜਾਬੀ:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਟਰਾਂਸਕ੍ਰਿਪਟ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਦੁਕਾਨੇ ਪੁਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-833-388-8168 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ। **ไทย:** หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-833-388-8168 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ **Lus Hmoob:** LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-833-388-8168 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

فارسی

توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-833-388-8168 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

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 1-833-388-8168 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Este formulario se actualizó el 01/01/2026. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente de Clever Care Health Plan al **1-833-388-8168 (TTY: 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., del 1.º de abril al 30 de septiembre, los días de la semana, o visite **es.clevercarehealthplan.com/formulary**.