



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 14

No hemos realizado cambios en esta lista de medicamentos aprobados desde el 01/08/2026.

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), Clever Care Total+ (HMO C-SNP), o Clever Care Breathe+ (HMO C-SNP).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (lista de medicamentos aprobados) de nuestro plan que está actualizada a partir del 01/08/2026. 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 01/08/2026. 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 1. 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 “Cardiovascular”. 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 93. 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, 3.1 “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 1. 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 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 se presenta un cambio en el nivel de atención (por ejemplo, si se cambia de su domicilio a un centro de enfermería especializada), podemos proporcionarle un suministro único de su medicación en una farmacia de la red para un máximo de 30 días, a menos que la receta indique una cantidad menor. Los miembros deben seguir el proceso de excepciones del plan para mantener la cobertura del medicamento después de que se termine el suministro temporal.

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>.

El formulario de Clever CareLa 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 93. 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., *jasmie*l). 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 08/01/2026

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		
JOURNAVX TABS 50mg	3	QL (29 tabs / 14 days), PA
<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

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

1

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>hydrocodone bitartrate</i> T24A 100mg, 120mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<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)

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

2

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 hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	2	QL (180 tabs / 30 days)
<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</i> TABS 50mg	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</i> TABS 200mg	2	QL (672 tabs / year), PA
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	2	
ARIKAYCE SUSP 590mg/8.4ml	5	NDS, NM, PA
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	2	QL (300 mL / 30 days), PA
<i>aztreonam</i> SOLR 1gm, 2gm	2	
BLUJEPA TABS 750mg	3	
CAYSTON SOLR 75mg	5	NDS, NM, PA
<i>clindamycin hcl</i> CAPS 75mg, 150mg, 300mg	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> SOLR 75mg/5ml	2	
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml	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	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	4	
<i>colistimethate sodium</i> SOLR 150mg	2	
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	2	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	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

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>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	5	NDS
EMVERM CHEW 100mg	5	NDS, QL (12 tabs / year)
<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	

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

4

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>pyrimethamine</i> TABS 25mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	5	NDS
<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, 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)

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

5

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>ketoconazole</i> TABS 200mg	2	PA
<i>miconazole sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	2	
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	2	
<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

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

6

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
INTELENCE TABS 25mg	4	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	4	NM
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>rilpivirine hcl</i> TABS 25mg	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

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
DESCOVY TAB 120-15MG	5	NDS, NM
DESCOVY TAB 200/25MG	5	NDS, NM
DOVATO TAB 50-300MG	5	NDS, NM
<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
IDVYNZO TAB 100-0.25	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</i> CAPS 250mg	5	NDS
<i>ethambutol hcl</i> TABS 100mg, 400mg	2	
<i>isoniazid</i> SYRP 50mg/5ml	2	
<i>isoniazid</i> TABS 100mg, 300mg	1	
PRIFTIN TABS 150mg	4	
<i>pyrazinamide</i> TABS 500mg	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>rifabutin</i> CAPS 150mg	2	
<i>rifampin</i> CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg	2	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	5	NDS, NM, PA

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

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

9

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
CEPHALOSPORINS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	2	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg	1	
<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>ceftaroline fosamil</i> SOLR 400mg, 600mg	5	NDS
<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	

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>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	2	
DIFICID SUSR 40mg/ml	5	NDS
<i>e.e.s. 400</i> TABS 400mg	2	
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 in d5w iv soln</i> 250 mg/50ml	2	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 500 mg/100ml	2	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 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	

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

11

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>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	2	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	2	
<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	

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>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg	2	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg	2	
<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; SOLN 500mg/2.5ml; 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> SOLN 1gm/5ml; 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>lomustine</i> CAPS 10mg, 40mg	2	NM
<i>lomustine</i> CAPS 100mg	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

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>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
<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	

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
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
INLURIYO TABS 200mg	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	1	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	2	NM, PA
LIFYORLI CAP 125MG DS	5	NDS, QL (18 caps / 28 days), NM, PA
LIFYORLI CAP 150MG DS	5	NDS, QL (27 caps / 28 days), 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

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
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
<i>pomalidomide</i> CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	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
<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

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

16

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>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 100mg</i>	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
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

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
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
BRUKINSA TABS 160mg	5	NDS, QL (60 tabs / 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
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
ENSACOVE CAPS 25mg	5	NDS, QL (270 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

18

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
ENSACOVE CAPS 100mg	5	NDS, QL (60 caps / 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
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
HERCESSI SOLR 150mg, 420mg	5	NDS, NM, PA
HERNEXEOS TABS 60mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5	NDS, NM, PA
HYRNUO TABS 10mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	5	NDS, QL (21 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

19

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
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
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

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
KEYTRUDA INJ QLEX 395-4800 MG-UNIT/2.4ML	5	NDS, QL (1 vial / 21 days), NM, PA
KEYTRUDA INJ QLEX 790-9600 MG-UNIT/4.8ML	5	NDS, QL (1 vial / 42 days), 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 600 DOSE TBPK 200mg	5	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
KOMZIFTI CAPS 200mg	5	NDS, QL (90 caps / 30 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
KOSELUGO CPSP 5mg	5	NDS, QL (600 caps / 30 days), NM, PA
KOSELUGO CPSP 7.5mg	5	NDS, QL (360 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
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

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 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
<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 100mg, 150mg	5	NDS, QL (56 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

22

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
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
<i>pazopanib hcl</i> TABS 400mg	5	NDS, QL (60 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
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

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

23

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
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
SCEMBLIX TABS 20mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 40mg	5	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX 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
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

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
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
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

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
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 ONCE WEEKLY) TBPk 80mg	5	NDS, QL (4 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
yulithira TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	2	QL (30 tabs / 30 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

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)

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-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	
<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	

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>fosinopril sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	6	
<i>lisinopril</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	6	
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	
<i>quinapril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	6	
<i>ramipril</i> CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	6	
<i>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	1	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>eplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	2	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg, 40mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>spironolactone</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
ALPHA BLOCKERS		
<i>doxazosin mesylate</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	1	
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	2	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 5-20 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 5-40 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 10-20 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 10-40 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 5-160 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 5-320 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 10-160 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 10-320 mg	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</i> tab 150-12.5 mg	6	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

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
<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)
<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)

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
<i>losartan potassium</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	6	
<i>olmesartan medoxomil</i> TABS 5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil</i> TABS 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan</i> TABS 40mg, 80mg, 160mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan</i> TABS 320mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 150mg/3ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg	2	
<i>amiodarone hcl</i> TABS 200mg	1	
<i>disopyramide phosphate</i> CAPS 100mg, 150mg	4	
<i>dofetilide</i> CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	2	NM
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	2	
MULTAQ TABS 400mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 400mg	2	
<i>pacerone</i> TABS 200mg	1	
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg	2	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	2	
<i>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	1	
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	2	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	2	
<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)

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
<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	
<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	
<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	

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 / LIMITES
<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	
<i>diltiazem hcl CP12 60mg, 90mg, 120mg; CP24 120mg, 180mg, 240mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml</i>	2	
<i>diltiazem hcl TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl coated beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl extended release beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	2	
<i>felodipine TB24 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	2	
<i>nifedipine TB24 30mg, 60mg, 90mg</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

32

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>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	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75- 50 mg</i>	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)

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

33

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>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</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
VYNDAMAX CAPS 61mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA

NITRATES

<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	2	
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	
<i>nitro-bid</i> OINT 2%	2	
<i>nitroglycerin</i> OINT 2%; PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	2	

PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION

ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>alyq</i> TABS 20mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>bosentan</i> TBSO 32mg	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
<i>macitentan</i> TABS 10mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
OPSUMIT TABS 10mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	2	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	2	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>treprostinil</i> 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

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

ANTI-DEMENTIA

<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TDBP 5mg	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>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	
<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

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
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	
EXXUA TB24 18.2mg, 36.3mg, 54.5mg, 72.6mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
EXXUA TITRATION PACK TB24 18.2mg	5	NDS, QL (2 packs / year), PA
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	
<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	

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

37

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>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 10- 100mg</i>	2	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25- 100mg</i>	2	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25- 250mg</i>	2	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	2	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	2	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	2	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	2	
<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	

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

38

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 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)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>chlorpromazine hcl CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	2	
<i>clozapine TABS 25mg, 50mg</i>	2	
<i>clozapine TABS 100mg</i>	2	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine TABS 200mg</i>	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 39

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>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)
COBENFY CAP 100-20MG	5	NDS, QL (60 caps / 30 days)
COBENFY CAP 125-30MG	5	NDS, QL (60 caps / 30 days)
COBENFY STRT CAP PACK	5	NDS, QL (2 packs / year)
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	
<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)

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

40

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
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)
<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)

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>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 .5mg, .75mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<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

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
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg	5	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
ANTIEPILEPTIC AGENTS		
APTiom TABS 200mg, 400mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTiom TABS 600mg, 800mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>brivaracetam</i> SOLN 10mg/ml	2	QL (600 mL / 30 days), PA
<i>brivaracetam</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	2	QL (60 tabs / 30 days), PA
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; TBP 2mg	2	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBP .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
<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

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

43

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> 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)
<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)

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
<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	
<i>levetiracetam</i> TB3D 250mg	2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>levetiracetam</i> TB3D 500mg	2	QL (180 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> SUSP .5mg/ml	5	NDS, QL (680 mL / 28 days), PA
<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	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 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

45

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>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>relgaabi</i> CAPS 300mg	1	QL (360 caps / 30 days)
<i>relgaabi</i> CAPS 400mg	1	QL (270 caps / 30 days)
<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)
SUBVENITE SUSP 10mg/ml	5	NDS, ST
<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	

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
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	4	QL (10 blister packs / 30 days)
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
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

48

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

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>sumatriptan succinate</i> SOAJ 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
COPAXONE SOSY 40mg/ml	5	NDS, QL (12 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

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>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 after a 90 day supply in a calendar year
<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
<i>sodium oxybate</i> 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

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
<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 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 TABS 5mg, 10mg</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>dapagliflozin free base-metformin hcl tab er 24hr 5-500 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>dapagliflozin free base-metformin hcl tab er 24hr 5-1000 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>dapagliflozin free base-metformin hcl tab er 24hr 10-500 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dapagliflozin free base-metformin hcl tab er 24hr 10-1000 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
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)
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)

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
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 TABS 1.5mg, 4mg, 9mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA
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
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml	3	QL (1 pen / 28 days), PA
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS 2mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>sitagliptin phosphate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>sitagliptin phosphate-metformin hcl tab 50- 500 mg</i>	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>sitagliptin phosphate-metformin hcl tab 50- 1000 mg</i>	2	QL (60 tabs / 30 days)
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	

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
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
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)

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
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	3	
NOVOLOG RELION SOLN 100unit/ml	3	B/D
OMNIPOD5 LIB KIT INTRO	4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD5 LIB MIS PODS	4	QL (15 pods / 30 days), PA
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 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	
XULTOPHY INJ 100/3.6	3	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	
BILDYOS SOSY 60mg/ml	4	QL (1 syringe / 180 days), NM
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
OSPOMYV SOSY 60mg/ml	4	QL (1 syringe / 180 days), NM
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
<i>teriparatide</i> SOPN 560mcg/2.24ml	5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TERIPARATIDE SOPN 560mcg/2.24ml	5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA; (ALVOGEN product)
TYMLOS SOPN 3120mcg/1.56ml	5	NDS, QL (1 pen / 30 days), NM, PA
WYOST SOLN 120mg/1.7ml	5	NDS, NM, PA
XTRENBO SOLN 120mg/1.7ml	4	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

56

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>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 5mg/100ml	2	B/D, NM
CHELATING AGENTS		
<i>CHEMET</i> 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	
<i>LOKELMA</i> PACK 5gm, 10gm	3	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	5	NDS, NM
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> SUSP 15gm/60ml	2	
<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	
<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>blisovi fe 1/20</i>	2	
<i>briellyn</i>	2	
<i>camila</i> TABS .35mg	2	
<i>chateal eq</i>	2	
<i>cryselle</i>	2	
<i>cyred eq</i>	2	
<i>dasetta 1/35</i>	2	
<i>dasetta 7/7/7</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

57

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>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>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</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>hailey fe 1/20</i>	2	
<i>heather</i> TABS .35mg	2	
<i>iclevia</i>	2	
<i>incassia</i> TABS .35mg	2	
<i>introvale</i>	2	
<i>isibloom</i>	2	
<i>jasmiel</i>	2	
<i>jencycla</i> TABS .35mg	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	

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
<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	
LILETTA IUD 20.1mcg/day	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>luizza 1.5/30</i>	2	
<i>luizza 1/20</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	
<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-lynyah</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	

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>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	2	
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	2	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1- 20/1-30/1-35 mg-mcg</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>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	2	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	2	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18- 25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	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>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	
<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	

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 / LIMITES
<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 1/35</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	
<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	

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

61

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 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
<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

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
SOLU-CORTEF SOLR 250mg, 500mg, 1000mg	4	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	5	NDS
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	3	
GVOKE PFS SOSY 1mg/0.2ml	3	
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

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

63

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
LUMIZYME SOLR 50mg	5	NDS, NM, PA
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
<i>zelvysia</i> PACK 100mg, 500mg	5	NDS, NM, PA
PROGESTINS		
<i>gallifrey</i> TABS 5mg	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>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	3	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	4	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	2	
<i>progesterone</i> CAPS 100mg, 200mg	2	
THYROID AGENTS		
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	2	
<i>liomny</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	2	
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	2	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	2	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	4	
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	2	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> SOLN 1mcg/ml	2	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	2	B/D
GASTROINTESTINAL		
ANTIEMETICS		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	2	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	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>compro</i> SUPP 25mg	2	
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	2	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	2	
<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	
--	---	--

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>famotidine</i> TABS 20mg, 40mg	1	
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	2	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	2	
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 236 gm</i>	1	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	1	
PLENVU SOL	4	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	2	
MISCELLANEOUS		
<i>alosetron hcl</i> TABS 1mg	5	NDS, QL (60 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

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
<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	
CREON CAP 24000UNT	3	
CREON CAP 36000UNT	3	
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	2	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 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>lubiprostone</i> CAPS 8mcg, 24mcg	2	QL (60 caps / 30 days)
<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	

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 / LIMITES
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	
GENITOURINARY		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA		
<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)
MISCELLANEOUS		
<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	
URINARY ANTISPASMODICS		
<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)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<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	

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
HEMATOLOGIC		
ANTICOAGULANTS		
<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)
ELIQUIS CPSP .15mg	3	QL (56 caps / 21 days)
ELIQUIS TABS 2.5mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	3	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS TBSO .5mg	3	QL (588 tabs / 29 days)
ELIQUIS (1.5MG PACK) 3 X TBSO .5mg	3	QL (591 tabs / 29 days)
ELIQUIS (2MG PACK) 4 X TBSO .5mg	3	QL (592 tabs / 30 days)
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

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

70

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
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
DOPTELET SPRINKLE CPSP 10mg	5	NDS, NM, PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	4	
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	

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
IMMUNOLOGIC AGENTS		
AUTOIMMUNE AGENTS		
ADALIMUMAB-BWWD SOAJ 40mg/0.4ml	5	NDS, QL (6 autoinjectors / 28 days), NM, PA
ADALIMUMAB-BWWD SOSY 40mg/0.4ml	5	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
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
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

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 / LÍMITES
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
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

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
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
TREMFYA PEN SOAJ 100mg/ml	5	NDS, QL (1 pen / 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
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

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
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 LIQUID ERC SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml	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
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
azathioprine 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

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

75

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
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
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg; CP24 .5mg, 1mg	2	B/D, NM
<i>tacrolimus</i> CP24 5mg	5	NDS, 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	
DENGVAIXA 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	

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
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
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)
SHINGRIX SUSY 50mcg/0.5ml	1	QL (2 syringes 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	

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 / LIMITES
VIVOTIF CAP EC	1	
YF-VAX INJ	1	
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS		
<i>ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE</i>		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	4	
D5W/NACL INJ 0.2%	2	
D5W/NACL INJ 0.45%	2	
D10W/NACL INJ 0.2%	3	
D10W/NACL INJ 0.45%	2	
<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 0.3%</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	
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 0.9% inj</i>	2	
<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 0.9% 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	
<i>kcl 40 meq/l (0.298%) in nacl 0.9% inj</i>	2	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4	
KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2	2	
LACTATED RIN INJ	4	
<i>lactated ringer's solution</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>magnesium sulfate</i> SOLN 2gm/50ml, 3gm/100ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	3	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	3	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln</i> <i>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</i> SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	2	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in</i> <i>dextrose 5% inj</i>	2	
<i>sodium chloride</i> SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	2	
TPN ELECTROL INJ	4	B/D
<i>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</i>		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	2	
<i>klor-con 8</i> TBCR 8meq	1	
KLOR-CON 8 TBCR 8meq	1	
<i>klor-con 10</i> TBCR 10meq	1	
KLOR-CON 10 TBCR 10meq	1	
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	1	
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	2	
<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</i> <i>crystals er</i> TBCR 10meq, 20meq	1	
<i>potassium chloride microencapsulated</i> <i>crystals er</i> TBCR 15meq	2	
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	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

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>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	2	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	3	
IV NUTRITION		
<i>aminosyn ii soln 15%</i>	2	B/D
AMINOSYN INJ 10%	4	B/D
AMINOSYN-PF INJ 10%	4	B/D
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 15%</i>	2	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	2	
<i>dextrose SOLN 50%</i>	2	B/D
DEXTROSE 10% SOLN 10%	2	
DEXTROSE 70% SOLN 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 1%</i>	2	
<i>loteprednol etabonate-tobramycin ophth susp 0.5-0.3%</i>	2	
<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	

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>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-polymyxin b ophth oint</i>	1	
<i>besifloxacin hcl SUSP .6%</i>	2	
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>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>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) SOLN 10%</i>	2	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	2	
XDEMZY SOLN .25%	5	NDS, NM, PA
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	2	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	2	
<i>fluorometholone (ophth) SUSP .1%</i>	2	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%, .5%</i>	2	
LOTEMAX OINT .5%	3	
<i>prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%</i>	2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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	
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</i> 0.3- 0.1%	2	
<i>flac</i> OIL .01%	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%</i>	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) SOLN .3%</i>	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 SOLN .02%</i>	2	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	2	
<i>ipratropium bromide hfa AERS 17mcg/act</i>	2	QL (2 inhalers / 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT AERS 1.25mcg/act	4	QL (1 inhaler / 30 days)

ANTI-HISTAMINES

<i>azelastine hcl SOLN .1%</i>	2	
<i>cetirizine hcl SOLN 5mg/5ml</i>	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>cypheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg</i>	3	PA; PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar 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 / LÍMITES
<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)
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	

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 / LÍMITES
<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
<i>nintedanib esylate</i> CAPS 100mg, 150mg	5	NDS, QL (60 caps / 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
<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

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
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	5	NDS, NM, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	5	NDS, NM, PA
roflumilast TABS 250mcg	2	QL (56 tabs / year)
roflumilast 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
theophylline 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		
flunisolide (nasal) SOLN .025%	2	QL (3 bottles / 30 days)
fluticasone propionate (nasal) SUSP 50mcg/act	2	QL (1 bottle / 30 days)
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)

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

86

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
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>breyna</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)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250- 50 mcg/act</i>	2	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500- 50 mcg/act</i>	2	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>wixela inhub</i>	2	QL (60 inhalations / 30 days)
SEXUAL DYSFUNCTION AGENTS		
SEXUAL DYSFUNCTION AGENTS		
<i>sildenafil citrate TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	6	EX, QL (6 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

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
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</i> 5-3%	2	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	PA
<i>clindamycin phosph-benzoyl peroxide (refrig) gel</i> 1.2 (1)-5%	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	
<i>SULFAMYLON</i> 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</i> 1-0.05%	2	QL (45 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<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)
<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)

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

89

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>clobetasol propionate</i> e 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)
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> PRSY 2%	2	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	2	QL (50 mL / 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

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>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	2	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan PTCH 5%</i>	2	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>tridacaine iii PTCH 5%</i>	2	QL (3 patches / 1 day), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
<i>bexarotene (topical) GEL 1%</i>	5	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
<i>diclofenac sodium (topical) SOLN 1.5%</i>	2	QL (300 mL / 28 days)
<i>EUCRISA OINT 2%</i>	4	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>fluorouracil (topical) CREA 5%</i>	2	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical) SOLN 2%, 5%</i>	2	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal) CREA 1%, 2.5%</i>	2	
<i>imiquimod CREA 5%</i>	2	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate) CREA 12%; LOTN 12%</i>	2	
<i>metronidazole (topical) CREA .75%; GEL .75%</i>	2	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical) LOTN .75%</i>	2	QL (59 mL / 30 days)
<i>nitroglycerin (intra-anal) OINT .4%</i>	2	QL (30 gm / 30 days)
<i>PANRETIN GEL .1%</i>	5	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>pimecrolimus CREA 1%</i>	2	QL (100 gm / 30 days), PA
<i>podofilox SOLN .5%</i>	2	QL (7 mL / 28 days)
<i>procto-med hc CREA 2.5%</i>	2	
<i>proctocort CREA 1%</i>	2	
<i>proctosol hc CREA 2.5%</i>	2	
<i>proctozone-hc CREA 2.5%</i>	2	
<i>tacrolimus (topical) OINT .03%, .1%</i>	2	QL (100 gm / 30 days), PA
<i>VALCHLOR GEL .016%</i>	5	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>malathion LOTN .5%</i>	2	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin CREA 5%</i>	2	QL (60 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

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
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

92

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

Index

A	
<i>abacavir sulfate</i>	6
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	7
<i>abigale</i>	61
<i>abigale lo</i>	61
ABILIFY ASIMTUFII	39
ABILIFY MAINTENA	39
<i>abiraterone acetate</i>	14
<i>abirtega</i>	14
ABRYSVO	76
<i>acamprosate calcium</i>	51
<i>acarbose</i>	52
<i>accutane</i>	88
<i>acebutolol hcl</i>	32
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	2
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	2
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	2
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	2
<i>acetazolamide</i>	33
<i>acetic acid</i>	69
<i>acetic acid (otic)</i>	82
<i>acetylcysteine</i>	85
<i>acitretin</i>	89
ACTHIB INJ	76
ACTIMMUNE	75
<i>acyclovir</i>	9
<i>acyclovir sodium</i>	9
ADACEL INJ	76
ADALIMUMAB-BWWD	72
<i>adefovir dipivoxil</i>	9
ADEMPAS	34
ADMELOG	54
ADMELOG SOLOSTAR	54
ADVAIR HFA AER 115/21	87
ADVAIR HFA AER 230/21	87
ADVAIR HFA AER 45/21	87
<i>afirmelle</i>	57
AIMOVIG	49
AIRSUPRA AER 90-80MCG	87
AKEEGA TAB 100/500	14
AKEEGA TAB 50/500MG	14
<i>ala-cort</i>	89
<i>albendazole</i>	3
<i>albuterol sulfate</i>	84
<i>alclometasone dipropionate</i>	89
ALCOHOL SWABS: EMBECTA-BD/MHC/RUGBY	55
ALDURAZYME	63
ALECENSA	17
<i>alendronate sodium</i>	56
<i>alfuzosin hcl</i>	69
<i>aliskiren fumarate</i>	33
<i>allopurinol</i>	1
<i>alose tron hcl</i>	67, 68
<i>alprazolam</i>	35
<i>altavera</i>	57
ALUNBRIG	17
ALUNBRIG PAK	17
ALVAIZ	71
ALVESCO	86
<i>alyacen 1/35</i>	57
<i>alyacen 7/7/7</i>	57
ALYFTREK TAB 10-50-125	85
ALYFTREK TAB 4-20-50	85
ALYGLO	75
<i>alyq</i>	34
<i>amantadine hcl</i>	38
<i>ambrisentan</i>	34
<i>amikacin sulfate</i>	3
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	33
<i>amiloride hcl</i>	33
<i>aminosyn ii soln 15%</i>	80
AMINOSYN INJ 10%	80
AMINOSYN-PF INJ 10%	80
<i>amiodarone hcl</i>	30
<i>amitriptyline hcl</i>	36
<i>amlodipine besylate</i>	32
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	27
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	27
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	26
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	26

<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-20 mg.....	26	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap</i> er 24hr 5 mg	47
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-40 mg.....	26	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 10 mg.....	48
<i>amlodipine besylate-olmesartan</i> <i>medoxomil tab</i> 10-20 mg	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 12.5 mg.....	48
<i>amlodipine besylate-olmesartan</i> <i>medoxomil tab</i> 10-40 mg	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 15 mg.....	48
<i>amlodipine besylate-olmesartan</i> <i>medoxomil tab</i> 5-20 mg	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 20 mg.....	48
<i>amlodipine besylate-olmesartan</i> <i>medoxomil tab</i> 5-40 mg	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 30 mg.....	48
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 10- 160 mg	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 5 mg	48
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 10- 320 mg	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 7.5 mg.....	48
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 5- 160 mg	28	<i>amphotericin b</i>	5
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 5- 320 mg	28	<i>amphotericin b liposome</i>	5
<i>amnestem</i>	88	<i>ampicillin</i>	12
<i>amoxapine</i>	36	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj</i> 1.5 (1-0.5) gm.....	12
<i>amoxicillin</i>	11	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj</i> 3 (2-1) gm.....	12
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 200-28.5 mg/5ml	11	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv</i> soln 1.5 (1-0.5) gm	12
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 250-62.5 mg/5ml	11	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv</i> soln 15 (10-5) gm	12
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 400-57 mg/5ml.....	11	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv</i> soln 3 (2-1) gm	12
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 600-42.9 mg/5ml	11	<i>ampicillin sodium</i>	12
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 250-125 mg	11	<i>anagrelide hcl</i>	71
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 500-125 mg	11	<i>anastrozole</i>	14
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 875-125 mg	12	ANORO ELLIPT AER 62.5-25	83
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap</i> er 24hr 10 mg	47	<i>aprepitant</i>	65
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap</i> er 24hr 15 mg	48	<i>aprepitant capsule therapy pack</i> 80 & 125 mg.....	65
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap</i> er 24hr 20 mg	48	<i>apri</i>	57
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap</i> er 24hr 25 mg	48	APTOM	43
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap</i> er 24hr 30 mg	48	APTIVUS.....	6
		ARALAST NP.....	85
		<i>aranelle</i>	57
		ARCALYST.....	75
		AREXVY	76
		ARIKAYCE.....	3
		<i>aripiprazole</i>	39
		ARISTADA.....	39
		ARISTADA INITIO	39

<i>armodafinil</i>	51	BAFIERTAM	50
ARNUITY ELLIPTA.....	87	<i>balsalazide disodium</i>	67
<i>asenapine maleate</i>	39	BALVERSA.....	17
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-</i>		<i>balziva</i>	57
<i>200 mg</i>	71	BARACLUDE	9
ASTAGRAF XL.....	75	BCG VACCINE.....	76
<i>atazanavir sulfate</i>	6	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>atenolol</i>	32	<i>10-12.5 mg</i>	27
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25</i>		<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>mg</i>	31	<i>20-12.5 mg</i>	27
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>		<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i>	
.....	31	<i>20-25 mg</i>	27
<i>atomoxetine hcl</i>	48	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-</i>	
<i>atorvastatin calcium</i>	30	<i>6.25mg</i>	27
<i>atovaquone</i>	3	<i>benazepril hcl</i>	27
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100</i>		BENDAMUSTINE HYDROCHLORID	13
<i>mg</i>	6	BENDEKA.....	13
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25</i>		BENLYSTA	75, 76
<i>mg</i>	6	<i>benzonatate</i>	84
ATROPINE SULFATE.....	82	<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-</i>	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	82	<i>3%</i>	88
ATROVENT HFA.....	83	<i>benztropine mesylate</i>	38
<i>aubra eq</i>	57	BERINERT	71
AUGTYRO.....	17	<i>besifloxacin hcl</i>	81
<i>aurovela 1/20</i>	57	BESIVANCE	81
<i>aurovela fe 1/20</i>	57	BESREMI	16
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	57	<i>betaine powder for oral solution</i>	63
AUSTEDO.....	50	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	
AUSTEDO XR.....	50		89
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	50	<i>betamethasone dipropionate</i>	
AUVELITY TAB 45-105MG.....	36	<i>augmented</i>	89
<i>aviane</i>	57	<i>betamethasone valerate</i>	89
AVMAPKI PAK FAKZYNJA.....	17	BETASERON	50
<i>ayuna</i>	57	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	82
AYVAKIT	17	<i>bethanechol chloride</i>	69
<i>azacitidine</i>	14	BEVESPI AER 9-4.8MCG.....	83
<i>azathioprine</i>	75	<i>bexarotene</i>	16
<i>azelastine hcl</i>	83	<i>bexarotene (topical)</i>	91
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	82	BEXSERO	76
<i>azithromycin</i>	10	<i>bicalutamide</i>	14
<i>aztreonam</i>	3	BICILLIN L-A	12
<i>azurette</i>	57	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	7
B		BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	7
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	81	BILDYOS.....	56
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc</i>		BIMZELX.....	72
<i>ophth oint 1%</i>	80	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>baclofen</i>	51	<i>10-6.25 mg</i>	31

<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>	
2.5-6.25 mg	31
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-</i>	
6.25 mg	31
<i>bisoprolol fumarate</i>	32
BIVIGAM	75
<i>blisovi fe 1/20</i>	57
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	57
BLUJEPa	3
BONSITY	56
BOOSTRIX INJ	76
<i>bortezomib</i>	17
BORTEZOMIB	17
<i>bosentan</i>	34
BOSULIF	17, 18
BRAFTOVI	18
BREO ELLIPTA INH 100-25	87
BREO ELLIPTA INH 200-25	87
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	87
<i>brey-na</i>	87
BREZTRI AERO AER SPHERE	83
BREZTRI AERO AER SPHERE	
(INSTITUTIONAL PACK)	83
<i>briellyn</i>	57
<i>brimonidine tartrate</i>	82
<i>brinzolamide</i>	82
<i>brivaracetam</i>	43
BRIVIACT	43
<i>bromocriptine mesylate</i>	38
BRUKINSA	18
<i>budesonide</i>	67
<i>budesonide (inhalation)</i>	87
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd</i>	
<i>aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	87
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd</i>	
<i>aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	87
<i>bumetanide</i>	33
<i>buprenorphine hcl</i>	51
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
12-3 mg (base equiv)	52
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
2-0.5 mg (base equiv)	52
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
4-1 mg (base equiv)	52
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
8-2 mg (base equiv)	52

<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
2-0.5 mg (base equiv)	52
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
8-2 mg (base equiv)	52
<i>bupropion hcl</i>	36
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> ...	52
<i>buspirone hcl</i>	35
<i>butorphanol tartrate</i>	2
C	
<i>cabergoline</i>	63
CABOMETYX	18
<i>calcipotriene</i>	89
<i>calcitonin (salmon) spray</i>	56
<i>calcitrene</i>	89
<i>calcitriol</i>	65
<i>calcitriol (oral)</i>	65
CALQUENCE	18
<i>camila</i>	57
<i>candesartan cilexetil</i>	29
CAPLYTA	39
CAPRELSA	18
<i>captopril</i>	27
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i>	
15 mg	27
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i>	
25 mg	27
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i>	
15 mg	27
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i>	
25 mg	27
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-</i>	
100mg	38
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>	
100mg	38
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>	
250mg	38
<i>carbamazepine</i>	43
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	38
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	38
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	38
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100</i>	
<i>mg</i>	38
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200</i>	
<i>mg</i>	38
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>	
12.5-50-200 mg	38

<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 18.75-75-200 mg	38	CERDELGA	63
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 25-100-200 mg	38	CEREZYME	63
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 31.25-125-200 mg	38	cetirizine hcl	83
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 37.5-150-200 mg	39	<i>chateal eq</i>	57
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 50-200-200 mg	39	CHEMET	57
<i>carboplatin</i>	13	<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	92
<i>carglumic acid</i>	63	<i>chloroquine phosphate</i>	6
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	82	<i>chlorpromazine hcl</i>	39
<i>cartia xt</i>	32	<i>chlorthalidone</i>	33
<i>carvedilol</i>	32	<i>cholestyramine</i>	31
<i>caspofungin acetate</i>	5	<i>cholestyramine light</i>	31
CAYSTON	3	<i>ciclopirox</i>	88
<i>cefaclor</i>	10	<i>ciclopirox olamine</i>	88
<i>cefadroxil</i>	10	<i>cilostazol</i>	71
CEFAZOLIN	10	CILOXAN	81
CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%	10	CIMDUO TAB 300-300	7
CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%	10	<i>cinacalcet hcl</i>	63
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%	10	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i> ..	11
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2%	10	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i> ..	11
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	10	<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> 0.3-0.1%	82
<i>cefazolin sodium</i>	10	<i>ciprofloxacin hcl</i>	11
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	10	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	81
<i>cefdinir</i>	10	<i>cisplatin</i>	13
<i>cefepime hcl</i>	10	<i>citalopram hydrobromide</i>	36
<i>cefixime</i>	10	<i>claravis</i>	88
<i>cefotetan disodium</i>	10	<i>clarithromycin</i>	11
<i>cefoxitin sodium</i>	10	<i>clindamycin hcl</i>	3
<i>cefpodoxime proxetil</i>	10	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> ...	3
<i>cefprozil</i>	10	<i>clindamycin phosphate</i>	3
<i>ceftaroline fosamil</i>	10	<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	88
<i>ceftazidime</i>	10	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	3
<i>ceftriaxone sodium</i>	10	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	3
<i>cefuroxime axetil</i>	10	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	3
<i>cefuroxime sodium</i>	10	<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	69
<i>celecoxib</i>	1	<i>clindamycin phosph-benzoyl peroxide</i> (refrig) gel 1.2 (1)-5%	88
<i>cephalexin</i>	10	CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	3
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	55	CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	3
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	55	CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	3
CEQUR SIMPL MIS INSERTER	55	CLINIMIX INJ 4.25/D10	80
		CLINIMIX INJ 4.25/D5W	80
		CLINIMIX INJ 5%/D15W	80

CLINIMIX INJ 5%/D20W	80	CREON CAP 6000UNIT	68
CLINIMIX INJ 6/5	80	CRESEMBA.....	5
CLINIMIX INJ 8/10	80	<i>cromolyn sodium</i>	85
CLINIMIX INJ 8/14	80	<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	68
<i>clinisol sf 15%</i>	80	<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	82
CLINOLIPID EMU 20%	80	<i>cryselle</i>	57
<i>clobazam</i>	43	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	51
<i>clobetasol propionate</i>	89	<i>cyclophosphamide</i>	13
<i>clobetasol propionate e</i>	90	CYCLOPHOSPHAMIDE	13
<i>clodan</i>	90	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR....	13
<i>clomipramine hcl</i>	36	<i>cycloserine</i>	8
<i>clonazepam</i>	43	<i>cyclosporine</i>	76
<i>clonidine</i>	33	<i>cyclosporine modified (for</i>	
<i>clonidine hcl</i>	33	<i>microemulsion)</i>	76
<i>clopidogrel bisulfate</i>	71	<i>cyproheptadine hcl</i>	83
<i>clorazepate dipotassium</i>	43	<i>cyred eq</i>	57
<i>clotrimazole</i>	92	CYSTADROPS	82
<i>clotrimazole (topical)</i>	88	CYSTAGON.....	63
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i>		CYSTARAN	82
<i>1-0.05%</i>	88	<i>cytarabine</i>	14
<i>clozapine</i>	39, 40	D	
COARTEM TAB 20-120MG	6	D10W/NACL INJ 0.2%	78
COBENFY CAP 100-20MG	40	D10W/NACL INJ 0.45%.....	78
COBENFY CAP 125-30MG	40	D2.5W/NACL INJ 0.45%.....	78
COBENFY CAP 50-20MG	40	D5W/NACL INJ 0.2%	78
COBENFY STRT CAP PACK	40	D5W/NACL INJ 0.45%	78
<i>colchicine</i>	1	<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	70
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500</i>		<i>dalfampridine</i>	51
<i>mg</i>	1	<i>danazol</i>	52
<i>colesevelam hcl</i>	31	<i>dantrolene sodium</i>	51
<i>colestipol hcl</i>	31	DANZITEN.....	18
<i>colistimethate sodium</i>	3	<i>dapagliflozin</i>	52
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	82	<i>dapagliflozin free base-metformin hcl</i>	
COMBIVENT AER 20-100	83	<i>tab er 24hr 10-1000 mg</i>	53
COMETRIQ (60MG DOSE).....	18	<i>dapagliflozin free base-metformin hcl</i>	
COMETRIQ KIT 100MG.....	18	<i>tab er 24hr 10-500 mg</i>	53
COMETRIQ KIT 140MG.....	18	<i>dapagliflozin free base-metformin hcl</i>	
<i>compro</i>	66	<i>tab er 24hr 5-1000 mg</i>	53
<i>constulose</i>	67	<i>dapagliflozin free base-metformin hcl</i>	
COPAXONE.....	50	<i>tab er 24hr 5-500 mg</i>	53
COPIKTRA.....	18	<i>dapsone</i>	3
CORLANOR.....	33	DAPTACEL INJ	76
COTELLIC	18	<i>daptomycin</i>	4
CREON CAP 12000UNT	68	DAPTOMYCIN	3
CREON CAP 24000UNT	68	<i>darunavir</i>	6
CREON CAP 3000UNIT	68	<i>dasatinib</i>	18
CREON CAP 36000UNT	68	<i>dasetta 1/35</i>	57

<i>dasetta 7/7/7</i>	57	<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	81
DAURISMO	18	<i>diclofenac sodium (topical)</i>	91
DAYVIGO	49	<i>dicloxacillin sodium</i>	12
<i>deblitane</i>	58	<i>dicyclomine hcl</i>	66
<i>deferasirox</i>	57	DIFICID	11
DELSTRIGO TAB	7	<i>diflunisal</i>	1
DENGVAIXA SUS	76	<i>digoxin</i>	34
DEPO-SUBQ PROVERA 104	58	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	49
<i>depo-testosterone</i>	52	DILANTIN	44
DESCOVY TAB 120-15MG	8	<i>diltiazem hcl</i>	32
DESCOVY TAB 200/25MG	8	<i>diltiazem hcl coated beads</i>	32
<i>desipramine hcl</i>	36	<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	32
<i>desmopressin acetate</i>	63	<i>dilt-xr</i>	32
<i>desmopressin acetate spray</i>	63	<i>diphenhydramine hcl</i>	84
<i>desmopressin acetate spray</i> <i>refrigerated</i>	63	<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i> <i>0.025 mg</i>	68
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab</i> <i>0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	58	<i>dipyridamole</i>	71
<i>desvenlafaxine succinate</i>	36	<i>disopyramide phosphate</i>	30
<i>dexamethasone</i>	62	<i>disulfiram</i>	52
DEXAMETHASONE INTENSOL	62	<i>divalproex sodium</i>	44
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	62	<i>docetaxel</i>	16, 17
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> <i>(ophth)</i>	81	DOCETAXEL	17
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	48	DOCIVYX	17
<i>dextrose</i>	80	<i>dofetilide</i>	30
DEXTROSE 10%	80	<i>donepezil hydrochloride</i>	35, 36
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride</i> <i>0.45%</i>	78	DOPTelet	71
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	78	DOPTelet SPRINKLE	71
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i> <i>0.225%</i>	78	<i>dorzolamide hcl</i>	82
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	78	<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth</i> <i>soln 2-0.5%</i>	82
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	78	<i>dotti</i>	61
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	78	DOVATO TAB 50-300MG	8
DEXTROSE 70%	80	<i>doxazosin mesylate</i>	28
DIACOMIT	43	<i>doxepin hcl</i>	36
<i>diazepam</i>	43, 44	<i>doxepin hcl (sleep)</i>	49
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	44	<i>doxorubicin hcl</i>	16
<i>diazepam inj</i>	44	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	16
<i>diazepam intensol</i>	44	<i>doxy 100</i>	12
<i>diazoxide</i>	63	<i>doxycycline (monohydrate)</i>	13
<i>diclofenac potassium</i>	1	<i>doxycycline hyclate</i>	13
<i>diclofenac sodium</i>	1	DRIZALMA SPRINKLE	37
		<i>dronabinol</i>	66
		<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-</i> <i>0.02 mg</i>	58
		<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-</i> <i>0.03 mg</i>	58
		DROXIA	71

<i>droxidopa</i>	34
DULERA AER 100-5MCG	87
DULERA AER 200-5MCG	87
DULERA AER 50-5MCG	87
<i>duloxetine hcl</i>	37
DUPIXENT	72
<i>dutasteride</i>	69
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	69
E	
<i>e.e.s. 400</i>	11
<i>econazole nitrate</i>	89
EDURANT	6
EDURANT PED	6
<i>efavirenz</i>	6
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	8
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	8
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	8
ELIGARD	15
<i>elinest</i>	58
ELIQUIS	70
ELIQUIS (1.5MG PACK) 3 X	70
ELIQUIS (2MG PACK) 4 X	70
ELIQUIS STARTER PACK	70
<i>eluryng</i>	58
EMGALITY	49
EMSAM	37
<i>emtricitabine</i>	6
<i>emtricitabine- rilpivirine-tenofovir df tab 200-25-300 mg</i>	8
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	8
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	8
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	8
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	8
EMTRIVA	6
EMVERM	4
<i>emzahh</i>	58
<i>enalapril maleate</i>	27
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	27

<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	27
ENBREL	72
ENBREL MINI	72
ENBREL SURECLICK	72
<i>endocet tab 10-325mg</i>	2
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	2
<i>endocet tab 5-325mg</i>	2
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	2
ENGERIX-B	76
<i>enilloring</i>	58
<i>enoxaparin sodium</i>	70
ENSACOVE	18, 19
<i>enskyce</i>	58
ENSTILAR AER	89
<i>entacapone</i>	39
<i>entecavir</i>	9
ENTRESTO CAP 15-16MG	28
ENTRESTO CAP 6-6MG	28
<i>enulose</i>	67
EPCLUSA PAK 150-37.5	9
EPCLUSA PAK 200-50MG	9
EPCLUSA TAB 200-50MG	9
EPCLUSA TAB 400-100	9
EPIDIOLEX	44
<i>epinephrine</i>	34
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	85
<i>eplerenone</i>	28
<i>ergocalciferol</i>	92
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	49
ERIVEDGE	19
ERLEADA	15
<i>erlotinib hcl</i>	19
<i>errin</i>	58
<i>ertapenem sodium</i>	4
<i>ery</i>	88
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	11
<i>erythromycin (acne aid)</i>	88
<i>erythromycin (ophth)</i>	81
<i>erythromycin base</i>	11
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	11
<i>erythromycin lactobionate</i>	11
ERZOFRI	40
<i>escitalopram oxalate</i>	37
<i>eslicarbazepine acetate</i>	44
<i>esomeprazole magnesium</i>	69

<i>estarylla</i>	58	<i>felbamate</i>	44
<i>estradiol</i>	61	<i>felodipine</i>	32
<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i> <i>0.5-0.1 mg</i>	61	<i>fenofibrate</i>	30
<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i> <i>1-0.5 mg</i>	61	<i>fenofibrate micronized</i>	30
<i>estradiol vaginal</i>	61	<i>fentanyl</i>	1
<i>estradiol valerate</i>	62	FETZIMA	37
<i>ethambutol hcl</i>	8	FETZIMA CAP TITRATIO	37
<i>ethosuximide</i>	44	FIASP	55
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol</i> <i>tab 1 mg-50 mcg</i>	58	FIASP FLEXTOUCH	55
<i>etodolac</i>	1	FIASP PENFILL	55
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring</i> <i>0.12-0.015 mg/24hr</i>	58	FIASP PUMPCART	55
<i>etoposide</i>	17	<i>fidaxomicin</i>	11
<i>etravirine</i>	6	<i>finasteride</i>	69
EUCRISA	91	<i> fingolimod hcl</i>	51
EULEXIN	15	FINTEPLA	44
<i>everolimus</i>	19	FIRMAGON	15
<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	76	<i>flac</i>	82
EVOTAZ TAB 300-150	8	FLEBOGAMMA DIF	75
<i>exemestane</i>	15	<i>flecainide acetate</i>	30
EXXUA	37	<i>fluconazole</i>	5
EXXUA TITRATION PACK	37	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200</i> <i>mg/100ml</i>	5
EYSUVIS	82	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400</i> <i>mg/200ml</i>	5
<i>ezetimibe</i>	31	<i>flucytosine</i>	5
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	31	<i>fludrocortisone acetate</i>	62
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	31	<i>flunisolide (nasal)</i>	86
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	31	<i>fluocinolone acetonide</i>	90
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	31	<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	83
F		<i>fluocinonide</i>	90
FABRAZYME	63	<i>fluocinonide emulsified base</i>	90
<i>falmina</i>	58	<i>fluorometholone (ophth)</i>	81
<i>famciclovir</i>	9	<i>fluorouracil</i>	14
<i>famotidine</i>	66, 67	<i>fluorouracil (topical)</i>	91
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20</i> <i>mg/50ml</i>	67	<i>fluoxetine hcl</i>	37
FANAPT	40	<i>fluphenazine decanoate</i>	40
FANAPT PAK PACK A	40	<i>fluphenazine hcl</i>	40
FANAPT PAK PACK B	40	<i>flurbiprofen</i>	1
FANAPT PAK PACK C	40	<i>flurbiprofen sodium</i>	81
FARXIGA	53	<i>fluticasone propionate</i>	90
FASENRA	85	<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	86
FASENRA PEN	85	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i> <i>100-50 mcg/act</i>	87
<i>feirza 1/20</i>	58	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i> <i>250-50 mcg/act</i>	87
<i>feirza 1.5/30</i>	58	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i> <i>500-50 mcg/act</i>	87

<i>fluvoxamine maleate</i>	35
<i>folic acid</i>	92
<i>fondaparinux sodium</i>	70
<i>fosamprenavir calcium</i>	6
<i>fosfomycin tromethamine</i>	4
<i>fosinopril sodium</i>	28
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 10-12.5 mg</i>	27
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 20-12.5 mg</i>	27
FOTIVDA.....	19
FRINDOVYX.....	13
FRUZAQLA	19
FULPHILA.....	70
<i>fulvestrant</i>	15
<i>furosemide</i>	33
<i>furosemide inj</i>	33
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	62
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	62
FYCOMPA	44
G	
<i>gabapentin</i>	44
<i>galantamine hydrobromide</i>	36
<i>gallifrey</i>	64
GAMASTAN INJ	75
GAMMAGARD LIQUID	75
GAMMAGARD LIQUID ERC.....	75
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	75
GAMMAKED.....	75
GAMMAPLEX.....	75
GAMUNEX-C.....	75
<i>ganciclovir sodium</i>	9
GARDASIL 9.....	76
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	81
GATTEX	68
GAUZE PADS 2	55
<i>gavilyte-c</i>	67
<i>gavilyte-g</i>	67
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	67
GAVRETO.....	19
<i>gefitinib</i>	19
<i>gemcitabine hcl</i>	14
<i>gemfibrozil</i>	30
GEMTESA	69
<i>generlac</i>	67
<i>gengraf</i>	76
GENOTROPIN	63

GENOTROPIN MINIQUEICK.....	63
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	4
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	4
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	4
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	4
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	4
<i>gentamicin sulfate</i>	4
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	81
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	88
GENVOYA TAB.....	8
GILOTRIF	19
<i>glatiramer acetate</i>	51
<i>glatopa</i>	51
GLEOSTINE	13
<i>glimepiride</i>	53
<i>glipizide</i>	53
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	53
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	53
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	53
<i>glycopyrrolate</i>	66
<i>glydo</i>	90
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	53
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	53
GOMEKLI	19
<i>granisetron hcl</i>	66
<i>griseofulvin microsize</i>	5
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	5
<i>guanfacine hcl</i>	34
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	48
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	63
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	63
GVOKE KIT.....	63
GVOKE PFS	63
H	
HADLIMA	72
HADLIMA PUSH TOUCH.....	72
HAEGARDA.....	71
<i>hailey 1.5/30</i>	58
<i>hailey fe 1/20</i>	58
<i>halobetasol propionate</i>	90
<i>haloperidol</i>	40
<i>haloperidol decanoate</i>	40
<i>haloperidol lactate</i>	40
HAVRIX	76
<i>heather</i>	58

<i>heparin sodium (porcine)</i>	70	<i>ibuprofen</i>	1
HEPLISAV-B	76	<i>icatibant acetate</i>	71
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	70	<i>iclevia</i>	58
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	19	ICLUSIG	20
HERCEPTIN	19	IDHIFA	20
HERCESSI	19	IDVYN SO TAB 100-0.25	8
HERNEXEOS	19	<i>imatinib mesylate</i>	20
HERZUMA	19	IMBRUVICA	20
HIBERIX	76	<i>imipenem-cilastatin intravenous for</i>	
HUMIRA	72	<i>soln 250 mg</i>	4
HUMIRA PEN	72	<i>imipenem-cilastatin intravenous for</i>	
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	73	<i>soln 500 mg</i>	4
HUMIRA PEN KIT PS/UV	72	<i>imipramine hcl</i>	37
HUMULIN R U-500 (CONCENTR	55	<i>imiquimod</i>	91
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	55	IMKELDI	20
<i>hydralazine hcl</i>	34	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	77
<i>hydrochlorothiazide</i>	33	IMPAVIDO.....	4
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i>		INBRIJA	39
<i>325 mg/15ml</i>	2	<i>incassia</i>	58
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-</i>		INCRELEX	63
<i>325 mg</i>	2	INCRUSE ELLIPTA	83
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325</i>		<i>indapamide</i>	33
<i>mg</i>	2	INFANRIX INJ	77
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i>		INFLIXIMAB.....	73
<i>325 mg</i>	2	INLURIYO	15
<i>hydrocodone bitartrate</i>	1, 2	INLYTA	20
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>		INQOVI TAB 35-100MG	14
.....	2	INREBIC	20
<i>hydrocortisone</i>	62	INSULIN PEN NEEDLES: EMBECTA-BD	
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	67		55
<i>hydrocortisone (rectal)</i>	91	INSULIN SAFETY NEEDLES: EMBECTA-	
<i>hydrocortisone (topical)</i>	90	BD	55
<i>hydrocortisone sod succinate</i>	62	INSULIN SYRINGES: EMBECTA-BD ...	55
<i>hydrocortisone valerate</i>	90	INTELENCE	7
<i>hydrocortisone w/ acetic acid otic soln</i>		INTRALIPID	80
<i>1-2%</i>	83	<i>introvale</i>	58
<i>hydromorphone hcl</i>	2	INVEGA HAFYERA.....	40
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	74	INVEGA SUSTENNA	40
<i>hydroxyurea</i>	16	INVEGA TRINZA.....	41
<i>hydroxyzine hcl</i>	84	IPOIN INJ INACTIVE.....	77
<i>hydroxyzine pamoate</i>	84	<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-</i>	
HYRNUO	19	<i>2.5(3) mg/3ml</i>	83
I		<i>ipratropium bromide</i>	83
<i>ibandronate sodium</i>	56	<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	83
IBRANCE	19, 20	<i>ipratropium bromide hfa</i>	83
IBTROZI	20	<i>irbesartan</i>	29
<i>ibu</i>	1		

<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i>		<i>june1 fe 1.5/30</i>	58
150-12.5 mg	28	JYLAMVO	74
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i>		JYNNEOS	77
300-12.5 mg	29	K	
<i>irinotecan hcl</i>	16	KADCYLA	20
ISENTRESS	7	KALETRA SOL.....	8
ISENTRESS HD	7	KALYDECO	85
<i>isibloom</i>	58	KANJINTI	20
ISOLYTE-P INJ /D5W	78	<i>kariva</i>	58
ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	78	KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2	78
<i>isoniazid</i>	8	KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....	78
<i>isosorbide dinitrate</i>	34	<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5%</i>	
<i>isosorbide mononitrate</i>	34	& nacl 0.45% inj	78
<i>isotretinoin</i>	88	<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45%</i>	
ITOVEBI	20	inj.....	78
<i>itraconazole</i>	5	<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.9% inj</i>	
<i>ivabradine hcl</i>	34		78
<i>ivermectin</i>	4	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &</i>	
IWILFIN.....	16	nacl 0.45% inj	78
IXIARO INJ.....	77	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &</i>	
J		nacl 0.9% inj	78
JAKAFI	20	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	
<i>jantoven</i>	70		78
JANUMET TAB 50-1000	53	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	
JANUMET TAB 50-500MG	53		78
JANUMET XR TAB 100-1000.....	53	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5%</i>	
JANUMET XR TAB 50-1000	53	& nacl 0.45% inj	78
JANUMET XR TAB 50-500MG.....	53	<i>kcl 40 meq/l (0.298%) in nacl 0.9% inj</i>	
JANUVIA	53		78
JARDIANCE	53	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &</i>	
<i>jasmiel</i>	58	nacl 0.45% inj	78
<i>javygtor</i>	63	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &</i>	
JAYPIRCA.....	20	nacl 0.9% inj	78
<i>jencycla</i>	58	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	78
JENTADUETO TAB 2.5-1000.....	53	<i>kelnor 1/35</i>	58
JENTADUETO TAB 2.5-500	53	KERENDIA.....	28
JENTADUETO TAB 2.5-850	53	KESIMPTA	51
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG ...	53	<i>ketoconazole</i>	6
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	53	<i>ketoconazole (topical)</i>	89
<i>jinteli</i>	62	<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	81
<i>jolessa</i>	58	KEYTRUDA	20
JOURNAVX.....	1	KEYTRUDA INJ QLEX 395-4800 MG-	
<i>juleber</i>	58	UNIT/2.4ML.....	21
JULUCA TAB 50-25MG	8	KEYTRUDA INJ QLEX 790-9600 MG-	
<i>june1 1/20</i>	58	UNIT/4.8ML.....	21
<i>june1 1.5/30</i>	58	KINERET	73
<i>june1 fe 1/20</i>	58	KINRIX INJ.....	77

<i>kionex</i>	57	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	21
KISQALI 200 DOSE	21	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	21
KISQALI 400 DOSE	21	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	21
KISQALI 600 DOSE	21	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	21
<i>klayesta</i>	89	LENVIMA CAP 14 MG	21
<i>klor-con</i>	79	LENVIMA CAP 18 MG	21
<i>klor-con 10</i>	79	LENVIMA CAP 24 MG	22
KLOR-CON 10.....	79	<i>lessina</i>	59
<i>klor-con 8</i>	79	<i>letrozole</i>	15
KLOR-CON 8.....	79	<i>leucovorin calcium</i>	16
<i>klor-con m10</i>	79	LEUKERAN	13
<i>klor-con m15</i>	79	<i>leuprolide acetate</i>	15
<i>klor-con m20</i>	79	<i>levabuterol tartrate</i>	84
KLOXXADO.....	52	<i>levetiracetam</i>	45
KOMZIFTI	21	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	45
KOSELUGO.....	21	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	45
<i>kourzeq</i>	92	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	45
KRAZATI.....	21	<i>levobunolol hcl</i>	82
<i>kurvelo</i>	58	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> ...	63
L		<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	84
<i>labetalol hcl</i>	32	<i>levofloxacin</i>	11
<i>lacosamide</i>	44, 45	<i>levofloxacin in d5w iv soln 250</i> mg/50ml.....	11
<i>lacosamide oral</i>	45	<i>levofloxacin in d5w iv soln 500</i> mg/100ml	11
<i>lactated ringer's solution</i>	78	<i>levofloxacin in d5w iv soln 750</i> mg/150ml	11
LACTATED RIN INJ	78	<i>levonest</i>	59
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	91	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-</i> <i>day) tab 0.15-0.03 mg</i>	59
<i>lactulose</i>	67	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i> 0.1 mg-20 mcg	59
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	67	<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-</i> 30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	59
<i>lamivudine</i>	7	<i>levora 0.15/30-28</i>	59
<i>lamivudine (hbv)</i>	9	<i>levo-t</i>	65
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	8	<i>levothyroxine sodium</i>	65
<i>lamotrigine</i>	45	<i>levoxyl</i>	65
<i>lanreotide acetate</i>	63	<i>l-glutamine (sickle cell)</i>	71
<i>lansoprazole</i>	69	<i>lidocaine</i>	90
LANTUS	55	<i>lidocaine hcl</i>	90
LANTUS SOLOSTAR	55	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	1
<i>lapatinib ditosylate</i>	21	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	92
<i>larin 1/20</i>	59	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	91
<i>larin 1.5/30</i>	59		
<i>larin fe 1/20</i>	59		
<i>larin fe 1.5/30</i>	59		
<i>latanoprost</i>	82		
LAZCLUZE.....	21		
<i>leflunomide</i>	74		
<i>lenalidomide</i>	16		
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	21		

<i>lidocan</i>	91	<i>low-ogestrel</i>	59
LIFYORLI CAP 125MG DS	15	<i>loxapine succinate</i>	41
LIFYORLI CAP 150MG DS	15	<i>lubiprostone</i>	68
LILETTA	59	<i>luizza 1/20</i>	59
<i>linezolid</i>	4	<i>luizza 1.5/30</i>	59
LINEZOLID INJ 2MG/ML	4	LUMAKRAS	22
LINZESS	68	LUMIGAN	82
<i>liomny</i>	65	LUMIZYME	64
<i>liothyronine sodium</i>	65	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	15
<i>lisinopril</i>	28	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	15
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	27	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	64
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	27	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	64
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	27	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	64
<i>lithium</i>	50	<i>lurasidone hcl</i>	41
<i>lithium carbonate</i>	50	<i>lutra</i>	59
LIVTENCITY	9	LYBALVI TAB 10-10MG	41
<i>loestrin 1/20-21</i>	59	LYBALVI TAB 15-10MG	41
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	59	LYBALVI TAB 20-10MG	41
<i>loestrin fe 1/20</i>	59	LYBALVI TAB 5-10MG	41
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	59	<i>lyleq</i>	59
LOKELMA	57	<i>lyllana</i>	62
<i>lomustine</i>	13	LYNPARZA	22
LONSURF TAB 15-6.14	14	LYSODREN	15
LONSURF TAB 20-8.19	14	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	22
<i>loperamide hcl</i>	68	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	22
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	8	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	22
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	8	<i>lyza</i>	59
<i>lorazepam</i>	35	M	
<i>lorazepam intensol</i>	35	<i>macitentan</i>	35
LORBRENA	22	<i>magnesium sulfate</i>	79
<i>loryna</i>	59	MAGNESIUM SULFATE	79
<i>losartan potassium</i>	30	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	79
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	29	<i>malathion</i>	91
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	29	<i>maraviroc</i>	7
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	29	<i>marlissa</i>	59
LOTEMAX	81	MARPLAN	37
<i>loteprednol etabonate-tobramycin ophth susp 0.5-0.3%</i>	80	MATULANE	16
<i>lovastatin</i>	30	MAVYRET PAK 50-20MG	9
		MAVYRET TAB 100-40MG	9
		<i>meclizine hcl</i>	66
		<i>medroxyprogesterone acetate</i>	65
		<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>	59
		<i>mefloquine hcl</i>	6
		<i>megestrol acetate</i>	15, 65
		<i>megestrol acetate (appetite)</i>	65

MEKINIST	22	<i>microgestin 1.5/30</i>	59
MEKTOVI	22	<i>microgestin fe 1/20</i>	59
<i>meleya</i>	59	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	59
<i>meloxicam</i>	1	<i>midodrine hcl</i>	34
<i>memantine hcl</i>	36	MIEBO	82
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er</i> 24hr 14-10 mg	36	<i>mifepristone (hyperglycemia)</i>	64
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er</i> 24hr 21-10 mg	36	<i>mili</i>	59
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er</i> 24hr 28-10 mg	36	<i>mimvey</i>	62
MENQUADFI	77	<i>minocycline hcl</i>	13
MENVEO INJ	77	<i>minoxidil</i>	34
MENVEO SOL	77	<i>mirtazapine</i>	37
<i>mercaptopurine</i>	14	<i>misoprostol</i>	68
<i>meropenem</i>	4	M-M-R II INJ	77
<i>mesalamine</i>	67	M-NATAL PLUS TAB	79
<i>mesalamine w/ cleanser</i>	67	<i>modafinil</i>	51
<i>mesna</i>	16	MODEYSO	16
<i>metformin hcl</i>	53	<i>moexipril hcl</i>	28
<i>methadone hcl</i>	2	<i>molindone hcl</i>	41
<i>methadone hydrochloride i</i>	2	<i>mometasone furoate</i>	90
<i>methazolamide</i>	33	MONJUVI	22
<i>methenamine hippurate</i>	4	<i>mono-lynyah</i>	59
<i>methimazole</i>	65	<i>montelukast sodium</i>	84, 85
<i>methotrexate sodium</i>	14, 74	<i>morphine sulfate</i>	2
<i>methsuximide</i>	45	MOUNJARO	54
<i>methylphenidate hcl</i>	48, 49	MOVANTIK	68
<i>methylprednisolone</i>	62	<i>moxifloxacin hcl</i>	11
<i>methylprednisolone acetate</i>	62	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	81
<i>methylprednisolone sod succ</i>	62	<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in</i> <i>sodium chloride 0.8% inj</i>	11
<i>metoclopramide hcl</i>	66	MRESVIA	77
<i>metolazone</i>	33	MULTAQ	30
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-25 mg	31	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	79
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-50 mg	32	<i>mupirocin</i>	88
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 50-25 mg	31	<i>mycophenolate mofetil</i>	76
<i>metoprolol succinate</i>	32	<i>mycophenolate sodium</i>	76
<i>metoprolol tartrate</i>	32	MYRBETRIQ	69
<i>metronidazole</i>	4	N	
<i>metronidazole (topical)</i>	91	<i>nabumetone</i>	1
<i>metronidazole vaginal</i>	69	<i>nadolol</i>	32
<i>metyrosine</i>	34	<i>nafcillin sodium</i>	12
<i>micafungin sodium</i>	6	NAGLAZYME	64
<i>microgestin 1/20</i>	59	<i>naloxone hcl</i>	52
		<i>naltrexone hcl</i>	52
		NAMZARIC CAP 7-10MG	36
		<i>naproxen</i>	1
		<i>naproxen sodium</i>	1
		<i>naratriptan hcl</i>	49

NATACYN	81
nateglinide	54
NAYZILAM.....	45
nebivolol hcl	32
necon 0.5/35-28	59
nefazodone hcl	37
neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin	81
neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml ..	81
neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%	80
neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%	80
neomycin-polymyxin-hc ophth susp ..	80
neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%	83
neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%	83
neomycin sulfate	4
NERLYNX	22
neuac	88
nevirapine	7
NEXLETOL.....	31
NEXLIZET TAB 180/10MG.....	31
NEXPLANON	59
niacin (antihyperlipidemic)	31
NICOTROL NS.....	52
nifedipine	32
nikki.....	59
nilotinib hcl	22
nilutamide.....	15
nimodipine	33
NINLARO	22
nintedanib esylate.....	85
nitazoxanide	4
nitisinone	64
nitro-bid	34
nitrofurantoin macrocrystal	4
nitrofurantoin monohyd macro.....	4
nitroglycerin	34
nitroglycerin (intra-anal)	91
nizatidine	67
nora-be	59
norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr	60
norethindrone (contraceptive).....	60

norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg	60
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg.....	60
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg	60
norethindrone acetate.....	65
norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg.....	62
norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg	62
norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	60
norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg	60
norgestimate-eth estrad tab 0.18- 25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg	60
norgestimate-eth estrad tab 0.18- 35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg	60
norlyroc	60
nortrel 0.5/35 (28).....	60
nortrel 1/35 (21)	60
nortrel 1/35 (28)	60
nortrel 7/7/7	60
nortriptyline hcl	37
NORVIR.....	7
NOVOLIN INJ 70/30	55
NOVOLIN INJ 70/30 FP	55
NOVOLIN N	55
NOVOLIN N FLEXPEN	55
NOVOLIN R	55
NOVOLIN R FLEXPEN	55
NOVOLOG	55
NOVOLOG FLEXPEN	55
NOVOLOG FLEXPEN RELION	55
NOVOLOG MIX INJ 70/30	55
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	55
NOVOLOG PENFILL.....	56
NOVOLOG RELION	56
NUBEQA	15
NUDEXTA CAP 20-10MG	50
NULOJIX	76
NUPLAZID	41
NURTEC.....	49
NUTRILIPID.....	80
NUZYRA.....	13
nyamyc	89

<i>nylia 1/35</i>	60
<i>nylia 7/7/7</i>	60
<i>nystatin</i>	6
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	92
<i>nystatin (topical)</i>	89
<i>nystop</i>	89
O	
OCTAGAM	75
<i>octreotide acetate</i>	64
ODEFSEY TAB.....	8
ODOMZO	22
OFEV	85
<i>ofloxacin (ophth)</i>	81
<i>ofloxacin (otic)</i>	83
OGIVRI.....	22
OGSIVEO	22
OJEMDA.....	23
OJJAARA.....	23
<i>olanzapine</i>	41
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5</i> <i>mg</i>	29
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5</i> <i>mg</i>	29
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	29
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5</i> <i>mg</i>	29
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	29
<i>olmesartan medoxomil</i>	30
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	29
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	29
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> .	29
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> .	31
<i>omeprazole</i>	69
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	56
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6.....	56

OMNIPOD5 LIB KIT INTRO.....	56
OMNIPOD5 LIB MIS PODS	56
OMNIPOD DASH KIT INTRO	56
OMNIPOD DASH MIS PODS	56
<i>ondansetron</i>	66
<i>ondansetron hcl</i>	66
ONTRUZANT	23
ONUREG	14
OPIPZA.....	41
OPSUMIT	35
ORGOVYX	15
ORKAMBI GRA 100-125	85
ORKAMBI GRA 150-188	85
ORKAMBI GRA 75-94MG	85
ORKAMBI TAB 100-125.....	85
ORKAMBI TAB 200-125	85
<i>orquidea</i>	60
ORSERDU	15
<i>oseltamivir phosphate</i>	9
OSPOMYV	56
<i>oxacillin sodium</i>	12
<i>oxaliplatin</i>	14
<i>oxcarbazepine</i>	45
<i>oxybutynin chloride</i>	69
<i>oxycodone hcl</i>	2, 3
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i>	3
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-</i> <i>325 mg</i>	3
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-</i> <i>325 mg</i>	3
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i>	3
OZEMPIC	54
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	54
OZEMPIC (1MG/DOSE)	54
OZEMPIC (2MG/DOSE)	54
P	
<i>pacerone</i>	30
<i>paclitaxel</i>	17
<i>paclitaxel inj 100mg</i>	17
<i>paliperidone</i>	41
<i>pamidronate disodium</i>	56
PAMIDRONATE DISODIUM.....	56
PANRETIN	91
<i>pantoprazole sodium</i>	69
PANZYGA	75

<i>paricalcitol</i>	65	<i>pioglitazone hcl</i>	54
<i>paroxetine hcl</i>	37	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	54
PAXLOVID PAK	9	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	54
PAXLOVID TAB 150-100	9	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	12
PAXLOVID TAB 300-100	9	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	12
<i>pazopanib hcl</i>	23	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	12
PEDIARIX INJ 0.5ML.....	77	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	12
PEDVAX HIB.....	77	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	12
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	67	PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	23
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	67	PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	23
PEGASYS	9	PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	23
PEMAZYRE	23	<i>pirfenidone</i>	85
<i>pemetrexed disodium</i>	14	<i>piroxicam</i>	1
PENBRAYA INJ	77	<i>plenamine</i>	80
<i>penicillamine</i>	57	PLENVU SOL.....	67
<i>penicillin g potassium</i>	12	<i>podofilox</i>	91
<i>penicillin g sodium</i>	12	<i>polymyxin b sulfate</i>	4
<i>penicillin v potassium</i>	12	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	81
PENMENVY INJ.....	77	<i>pomalidomide</i>	16
PENTACEL INJ	77	POMALYST	16
<i>pentamidine isethionate inh</i>	4	<i>portia-28</i>	60
<i>pentamidine isethionate inj</i>	4	<i>posaconazole</i>	6
<i>pentoxifylline</i>	71	<i>potassium chloride</i>	79
<i>perampanel</i>	45	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	79
<i>perindopril erbumine</i>	28	<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	79
<i>periogard</i>	92	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	69
<i>permethrin</i>	91	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	79
<i>perphenazine</i>	41	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	79
<i>pfizerpen</i>	12	POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	79
<i>phenelzine sulfate</i>	37	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	39
<i>phenobarbital</i>	45	<i>prasugrel hcl</i>	71
<i>phenobarbital sodium</i>	45	<i>pravastatin sodium</i>	30
<i>phenytek</i>	45	<i>praziquantel</i>	4
<i>phenytoin</i>	45	<i>prazosin hcl</i>	28
<i>phenytoin sodium</i>	45		
<i>phenytoin sodium extended</i>	45		
PHESGO SOL.....	23		
<i>philith</i>	60		
PIFELTRO	7		
<i>pilocarpine hcl</i>	82		
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	92		
<i>pimecrolimus</i>	91		
<i>pimozide</i>	41		
<i>pimtrea</i>	60		
<i>pindolol</i>	32		

<i>prednisolone</i>	62
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	81
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	81
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	62
<i>prednisone</i>	62
PREDNISON INTENSOL	62
<i>pregabalin</i>	46
PREMASOL SOL 10%	80
PRENATAL TAB 27-1MG	79
PRENATAL TAB PLUS	79
<i>prevalite</i>	31
PREVYMIS	9
PREZCOBIX TAB 675/150	8
PREZCOBIX TAB 800-150	8
PREZISTA	7
PRIFTIN	8
<i>primaquine phosphate</i>	6
PRIMAQUINE PHOSPHATE	6
<i>primidone</i>	46
PRIORIX INJ	77
PRIVIGEN	75
<i>probenecid</i>	1
<i>prochlorperazine</i>	66
<i>prochlorperazine edisylate</i>	66
<i>prochlorperazine maleate</i>	66
PROCRT	70
<i>proctocort</i>	91
<i>procto-med hc</i>	91
<i>proctosol hc</i>	91
<i>proctozone-hc</i>	91
<i>progesterone</i>	65
PROGRAF	76
PROLASTIN-C	86
PROLIA	56
<i>promethazine hcl</i>	66
<i>propafenone hcl</i>	30
<i>proparacaine hcl</i>	82
<i>propranolol hcl</i>	32
<i>propylthiouracil</i>	65
PROQUAD INJ	77
PROSOL INJ 20%	80
<i>protriptyline hcl</i>	37
PULMOZYME	86
<i>pyrazinamide</i>	8
<i>pyridostigmine bromide</i>	50
<i>pyrimethamine</i>	5
PYZCHIVA	73

Q	
QINLOCK	23
QUADRACEL INJ 0.5ML	77
<i>quetiapine fumarate</i>	41, 42
<i>quinapril hcl</i>	28
<i>quinidine sulfate</i>	30
<i>quinine sulfate</i>	6
QULIPTA	49
R	
RABAERT INJ	77
RALDESY	37
<i>raloxifene hcl</i>	64
<i>ramelteon</i>	49
<i>ramipril</i>	28
<i>ranolazine</i>	34
<i>rasagiline mesylate</i>	39
<i>reclipsen</i>	60
RECOMBIVAX HB	77
RELENZA DISKHALER	9
<i>relgaabi</i>	46
RELISTOR	68
REMICADE	73
RENFLXIS	73
<i>repaglinide</i>	54
REPATHA	31
REPATHA SURECLICK	31
RESTASIS	82
RESTASIS MULTIDOSE	82
RETEVMO	23
REVCovi	64
REVUFORJ	23
REXULTI	42
REYATAZ	7
REZDIFFRA	64
REZLIDHIA	23
REZUROCK	76
RHOPRESSA	82
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	9
<i>rifabutin</i>	9
<i>rifampin</i>	9
<i>rilpivirine hcl</i>	7
<i>riluzole</i>	50
<i>rimantadine hydrochloride</i>	9
RINVOQ	73
RINVOQ LQ	73
<i>risperidone</i>	42
<i>risperidone microspheres</i>	42

<i>ritonavir</i>	7
<i>rivaroxaban</i>	70
<i>rivastigmine</i>	36
<i>rivastigmine tartrate</i>	36
<i>rizatriptan benzoate</i>	49
ROCKLATAN DRO	82
<i>roflumilast</i>	86
ROMVIMZA.....	23
<i>ropinirole hydrochloride</i>	39
<i>rosuvastatin calcium</i>	30
ROTARIX SUS.....	77
ROTATEQ SOL	77
<i>roweepra</i>	46
ROZLYTREK	23, 24
RUBRACA.....	24
<i>rufinamide</i>	46
RUKOBIA.....	7
RYBELSUS.....	54
RYDAPT	24
S	
<i>sacubitril-valsartan tab 24-26 mg</i>	29
<i>sacubitril-valsartan tab 49-51 mg</i>	29
<i>sacubitril-valsartan tab 97-103 mg</i> ...	29
<i>sajazir</i>	71
SANTYL	92
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	64
SCEMBLIX.....	24
<i>scopolamine</i>	66
SECUADO	42
<i>selegiline hcl</i>	39
<i>selenium sulfide</i>	89
SELZENTRY.....	7
SEREVENT DISKUS.....	84
<i>sertraline hcl</i>	37
<i>setlakin</i>	60
<i>sharobel</i>	60
SHINGRIX.....	77
SIGNIFOR	64
SIKLOS.....	71
<i>sildenafil citrate</i>	87
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i>	35
<i>silver sulfadiazine</i>	88
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	82
<i>simliya</i>	60
<i>simvastatin</i>	31
<i>sirolimus</i>	76

SIRTURO	9
<i>sitagliptin phosphate</i>	54
<i>sitagliptin phosphate-metformin hcl tab 50-1000 mg</i>	54
<i>sitagliptin phosphate-metformin hcl tab 50-500 mg</i>	54
SKYRIZI.....	73
SKYRIZI PEN	73
<i>sodium chloride</i>	79
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	92
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	80
<i>sodium oxybate</i>	51
<i>sodium phenylbutyrate</i>	64
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	57
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	57
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	67
<i>solifenacin succinate</i>	69
SOLQUA INJ 100/33	56
SOLTAMOX.....	15
SOLU-CORTEF	63
SOMATULINE DEPOT	64
SOMAVERT.....	64
<i>sorafenib tosylate</i>	24
<i>sotalol hcl</i>	30
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	30
SOTYKTU	73
SPIRIVA RESPIMAT	83
<i>spironolactone</i>	28
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	33
<i>sprintec 28</i>	60
SPRITAM.....	46
<i>sps</i>	57
<i>sps rectal</i>	57
<i>sronyx</i>	60
<i>ssd</i>	88
STELARA.....	73
STIVARGA.....	24
<i>streptomycin sulfate</i>	5
STRIBILD TAB	8
<i>subvenite</i>	46
SUBVENITE	46
<i>sucalfate</i>	68
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	88

<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	81	<i>temazepam</i>	49
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone</i>		TENIVAC INJ 5-2LF.....	77
<i>ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	81	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	7
<i>sulfadiazine</i>	5	TEPMETKO	24
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i>		<i>terazosin hcl</i>	28
400-80 mg/5ml	5	<i>terbinafine hcl</i>	6
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i>		<i>terbutaline sulfate</i>	84
200-40 mg/5ml	5	<i>terconazole vaginal</i>	69
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>		<i>teriparatide</i>	56
400-80 mg	5	TERIPARATIDE.....	56
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>		<i>testosterone</i>	52
800-160 mg	5	<i>testosterone cypionate</i>	52
SULFAMYLON	88	<i>testosterone enanthate</i>	52
<i>sulfasalazine</i>	67	<i>testosterone pump</i>	52
<i>sulindac</i>	1	<i>tetrabenazine</i>	50
<i>sumatriptan</i>	49	<i>tetracycline hcl</i>	13
<i>sumatriptan succinate</i>	50	THALOMID	16
<i>sunitinib malate</i>	24	<i>theophylline</i>	86
SUNLENCA.....	7	<i>thioridazine hcl</i>	42
<i>syeda</i>	60	<i>thiothixene</i>	42
SYMDEKO TAB 100-150	86	<i>tiadylt er</i>	33
SYMDEKO TAB 50-75MG	86	<i>tiagabine hcl</i>	46
SYMPAZAN	46	TIBSOVO	24
SYMTUZA TAB	8	<i>ticagrelor</i>	71
SYNAREL	64	TICOVAC.....	77
SYNTHROID	65	<i>tigecycline</i>	13
T		<i>tilia fe</i>	60
TABLOID.....	14	<i>timolol maleate</i>	32
TABRECTA.....	24	<i>timolol maleate (ophth)</i>	82
<i>tacrolimus</i>	76	<i>tinidazole</i>	5
<i>tacrolimus (topical)</i>	91	TIVICAY	7
<i>tadalafil</i>	69	TIVICAY PD.....	7
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> ...	35	<i>tizanidine hcl</i>	51
TAFINLAR	24	TOBI PODHALER.....	5
TAGRISSO	24	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	81
TALZENNA	24	<i>tobramycin</i>	5
<i>tamoxifen citrate</i>	15	<i>tobramycin (ophth)</i>	81
<i>tamsulosin hcl</i>	69	<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp</i>	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	60	0.3-0.1%	81
<i>tasimelteon</i>	49	<i>tobramycin sulfate</i>	5
TAVNEOS	71	<i>tolterodine tartrate</i>	69
<i>tazarotene</i>	89	<i>tolvaptan</i>	64
<i>tazicef</i>	10	<i>tolvaptan tab therapy pack 30 & 15 mg</i>	
TECENTRIQ	24		64
TECENTRIQ INJ HYBREZA.....	24	<i>tolvaptan tab therapy pack 45 & 15 mg</i>	
TEFLARO.....	10		64
<i>telmisartan</i>	30		

<i>tolvaptan tab therapy pack 60 & 30 mg</i>	64	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	54
<i>tolvaptan tab therapy pack 90 & 30 mg</i>	64	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	54
<i>topiramate</i>	46	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	54
<i>toremifene citrate</i>	15	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	54
<i>torpenz</i>	24	TRIKAFTA PAK 59.5MG	86
<i>torse mide</i>	33	TRIKAFTA PAK 75MG	86
TOUJEO MAX SOLOSTAR	56	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	86
TOUJEO SOLOSTAR	56	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	86
TPN ELECTROL INJ	79	<i>tri-legest fe</i>	60
TRADJENTA	54	<i>tri-linyah</i>	60
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	3	<i>tri-lo-estarylla</i>	61
<i>tramadol hcl</i>	3	<i>tri-lo-marzia</i>	61
<i>trandolapril</i>	28	<i>tri-lo-mili</i>	61
<i>tranexamic acid</i>	71	<i>tri-lo-sprintec</i>	61
<i>tranylcypromine sulfate</i>	37	<i>trimethoprim</i>	5
TRAVASOL INJ 10%	80	<i>tri-mili</i>	61
TRAZIMERA	24	<i>trimipramine maleate</i>	38
<i>trazodone hcl</i>	38	TRINTELLIX	38
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	83	<i>tri-sprintec</i>	61
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	83	TRIUMEQ PD TAB	8
TREMFYA	73, 74	TRIUMEQ TAB	8
TREMFYA INDUCTION PACK FO	74	<i>tri-vylibra</i>	61
TREMFYA PEN	74	<i>tri-vylibra lo</i>	61
<i>treprostinil</i>	35	TROGARZO	7
<i>tretinoin</i>	88	TROPHAMINE INJ 10%	80
<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	16	<i>trospium chloride</i>	69
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	92	TRULICITY	54
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	90	TRUMENBA	77
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	33	TRUQAP	25
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	33	TRUXIMA	25
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	33	TUKYSA	25
<i>tridacaine iii</i>	91	TURALIO	25
<i>triderm</i>	90	<i>turqoz</i>	61
<i>trientine hcl</i>	57	<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i>	88
<i>tri-estarylla</i>	60	TWINRIX INJ	77
<i>trifluoperazine hcl</i>	42	TYBOST	7
<i>trifluridine</i>	81	TYENNE	74
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	39	TYMLOS	56
		TYPHIM VI	77

U	
UBRELVY	50
<i>unithroid</i>	65
UPTRAVI	35
UPTRAVI PACK TAB 200/800	35
<i>ursodiol</i>	68
USTEKINUMAB.....	74
V	
<i>valacyclovir hcl</i>	9
VALCHLOR	91
<i>valganciclovir hcl</i>	9
<i>valproate sodium</i>	46
<i>valproic acid</i>	46
<i>valsartan</i>	30
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	29
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	29
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	29
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	29
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	29
VALTOCO 10 MG DOSE	47
VALTOCO 15 MG DOSE	47
VALTOCO 20 MG DOSE	47
VALTOCO 5 MG DOSE	47
<i>valtya 1/35</i>	61
<i>valtya 1/50</i>	61
<i>vancomycin hcl</i>	5
VANCOMYCIN INJ 1 GM	5
VANCOMYCIN INJ 500MG	5
VANCOMYCIN INJ 750MG	5
VANFLYTA	25
VAQTA.....	77
<i>varenicline tartrate</i>	52
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	52
VARIVAX.....	77
VASCEPA	31
VAXCHORA SUS	77
<i>velivet</i>	61
VELSIPITY.....	74
VENCLEXTA.....	25
VENCLEXTA TAB START PK	25
<i>venlafaxine hcl</i>	38
VENTOLIN HFA	84
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	84
<i>verapamil hcl</i>	33
VERQUVO	34
VERSACLOZ	42
VERZENIO.....	25
<i>vestura</i>	61
<i>vienva</i>	61
<i>vigabatrin</i>	47
<i>vigadrone</i>	47
VIGAFYDE	47
<i>vilazodone hcl</i>	38
VIMKUNYA	77
<i>vincristine sulfate</i>	17
<i>vinorelbine tartrate</i>	17
<i>violele</i>	61
VIRACEPT	7
VIREAD	7
VITRAKVI.....	25
VIVIMUSTA	14
VIVITROL.....	52
VIVOTIF CAP EC.....	78
VIZIMPRO	25
VONJO.....	25
VOQUEZNA PAK DUAL PAK	68
VOQUEZNA PAK TRIP PK	68
VORANIGO	25
<i>voriconazole</i>	6
VOSEVI TAB	9
VOWST CAP	68
VRAYLAR	42
<i>vyfemla</i>	61
<i>vylibra</i>	61
VYNDAMAX	34
VYZULTA.....	82
W	
<i>warfarin sodium</i>	70
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	92
WELIREG	16
<i>wera</i>	61
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	80
WINREVAIR.....	35
WINREVAIR INJ 45MG	35
WINREVAIR INJ 60MG	35
<i>wixela inhub</i>	87

WYOST	56
X	
XALKORI.....	25
<i>xarah fe</i>	61
XARELTO	70
XARELTO STAR TAB 15/20MG.....	70
XATMEP	74
XCOPRI	47
XCOPRI PAK 100-150	47
XCOPRI PAK 12.5-25	47
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	47
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	47
XCOPRI PAK 50-100MG.....	47
XDEMVY	81
XELJANZ	74
XELJANZ XR	74
XERMELO	68
XHANCE.....	86
XIFAXAN	68
XIGDUO XR TAB 10-1000.....	54
XIGDUO XR TAB 10-500MG	54
XIGDUO XR TAB 2.5-1000.....	54
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	54
XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	54
XIIDRA	82
XOLAIR.....	86
XOSPATA	25
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY)	26
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) 26	
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY)	26
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) 26	
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY)	26
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) 26	
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY)	26
XTANDI	15
XTRENBO	56
<i>xulane</i>	61
XULTOPHY INJ 100/3.6	56

Y	
YESINTEK	74
YF-VAX INJ.....	78
YONSA	16
<i>yulithira</i>	26
YUTREPIA	35
<i>yuvaferm</i>	62
Z	
<i>zafemy</i>	61
<i>zafirlukast</i>	85
ZARXIO	71
ZEGALOGUE	63
ZEJULA	26
ZELBORAF.....	26
<i>zelvysia</i>	64
ZEMAIRA	86
<i>zenatane</i>	88
ZENPEP CAP 10000UNT	68
ZENPEP CAP 15000UNT	68
ZENPEP CAP 20000UNT	68
ZENPEP CAP 25000UNT	68
ZENPEP CAP 3000UNIT	68
ZENPEP CAP 40000UNT	68
ZENPEP CAP 5000UNIT	68
ZENPEP CAP 60000UNT	68
ZERVIAE	82
<i>zidovudine</i>	7
<i>ziprasidone hcl</i>	42
<i>ziprasidone mesylate</i>	42
ZIRABEV	26
ZIRGAN	81
<i>zoledronic acid</i>	57
ZOLINZA.....	26
<i>zolpidem tartrate</i>	49
ZONISADE	47
<i>zonisamide</i>	47
<i>zovia 1/35</i>	61
ZTALMY	47
<i>zumandimine</i>	61
ZURZUVAE	38
ZYDELIG	26
ZYKADIA.....	26
ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	81
ZYPREXA RELPREVV	42, 43



Requisitos de accesibilidad y no discriminación

La discriminación es ilegal

Clever Care Health Plan, Inc. (en lo sucesivo, "Clever Care") cumple con la legislación federal vigente en materia de derechos civiles y no discrimina, excluye ni trata de forma diferente a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluidas las características sexuales, el embarazo o afecciones relacionadas, la orientación sexual, la identidad de género y los estereotipos 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者。 **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 01/08/2026. 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**.