

SHARP Health Plan

Sharp Direct Advantage®

Lista de medicamentos integral para 2024

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



Sharp Direct Advantage (HMO)

Formulario para 2024 (Lista de medicamentos cubiertos)

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

Formulario para 2024 de la Parte D. Fecha de entrada en vigor: 01/05/2024

Identificación del formulario: 00024227, versión: 11

Este Formulario se actualizó el 01/05/2024. Para obtener información más actualizada o hacer otras consultas, comuníquese con nuestra línea de ayuda exclusiva para planes de medicamentos con receta de Medicare al 1-855-222-3183 (número gratuito) o al 711 para los usuarios de los servicios TTY/TDD. Hay representantes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede ingresar a sharpmedicareadvantage.com.

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

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

Este documento incluye la Lista de medicamentos (Formulario) de nuestro plan, que se encuentra vigente desde el 01/05/2024. Si desea un Formulario actualizado, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparecen en la primera y en la última página.

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

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

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

¿El Formulario (Lista de medicamentos) puede cambiar?

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

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

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

- Usted o la persona autorizada para recetar pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca en su caso si realizamos estos otros cambios. Encontrará información sobre cómo solicitar una excepción en el aviso que le enviaremos. También puede encontrarla en la sección titulada “¿Cómo pido una excepción al Formulario de Sharp Direct Advantage (HMO)?” más abajo.

Cambios que no lo afectarán si usted toma actualmente el medicamento. En general, si usted toma un medicamento incluido en nuestro Formulario para 2024 que estaba cubierto a principios de año, no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto en los casos descritos anteriormente. Esto significa que dichos medicamentos seguirán disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones por el resto del año de cobertura para aquellos miembros que los estén tomando. No recibirá avisos directos este año sobre cambios que no lo afecten a usted. Sin embargo, a partir del 1.º de enero del año que viene, sí se verá afectado por estos cambios y es importante que consulte si hay algún cambio en la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios.

El Formulario adjunto entra en vigor el 01/05/2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la primera y en la última página.

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

¿Cómo uso el Formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el Formulario:

- **Por afección médica**

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

- **Por orden alfabético**

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

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Existen restricciones en mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para cada medicamento que no esté incluido en nuestro Formulario, o si sus posibilidades de conseguirlo son limitadas, cubriremos un suministro temporario para 30 días. Si su receta indica menos días, le permitiremos volver a adquirir su medicamento hasta cubrir un suministro para un máximo de 30 días. Luego del primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

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

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

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de Sharp Direct Advantage (HMO)

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

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

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

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

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

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

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

Las siguientes abreviaturas pueden aparecer en el cuerpo de este documento

ABREVIATURAS DE LAS NOTAS DE COBERTURA

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

Tabla de Contenido

ANALGESICS	2
ANESTHETICS	4
ANTI-INFECTIVES	4
ANTINEOPLASTIC AGENTS	14
CARDIOVASCULAR	26
CENTRAL NERVOUS SYSTEM	34
ENDOCRINE AND METABOLIC	49
GASTROINTESTINAL	62
GENITOURINARY	65
HEMATOLOGIC	66
IMMUNOLOGIC AGENTS	68
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS	73
OPHTHALMIC	75
OTIC	78
RESPIRATORY	78
TOPICAL	82
Index	87

NOMBRE DE 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	
MITIGARE CAPS .6mg	3	QL (60 caps / 30 days)
<i>probenecid</i> TABS 500mg	2	
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>ec-naproxen</i> TBEC 375mg	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>ec-naproxen</i> TBEC 500mg	2	QL (90 tabs / 30 days)
<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</i> TBEC 500mg	2	QL (90 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	2	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 80mg, 100mg, 120mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA

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

2

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
HYSINGLA ER T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg	3	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>fentanyl citrate</i> LPOP 200mcg	2	QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg	5	NDS, QL (120 lozenges / 30 days), PA
<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)
MORPHINE SULFATE SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml, 50mg/ml	4	B/D
<i>morphine sulfate</i> SOLN 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	4	B/D

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

3

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>morphine sulfate</i> SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml	2	QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 20mg/ml	2	QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> TABS 15mg, 30mg	2	QL (180 tabs / 30 days)
MORPHINE SULFATE/SODIUM C SOLN 1mg/ml	4	B/D
<i>nalbuphine hcl</i> SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	4	
<i>oxycodone hcl</i> CAPS 5mg	2	QL (180 caps / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml	2	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml	2	QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	2	QL (180 tabs / 30 days)
<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)

ANESTHETICS

LOCAL ANESTHETICS

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

ANTI-INFECTIVES

ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS

<i>albendazole</i> TABS 200mg	5	NDS, QL (672 tabs / year), PA
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	2	
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	2	
<i>aztreonam</i> SOLR 1gm, 2gm	2	
CAYSTON SOLR 75mg	5	NDS, NM, LA, PA
<i>clindamycin hcl</i> CAPS 75mg, 150mg, 300mg	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> SOLR 75mg/5ml	2	
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml	2	

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

4

01/05/2024

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

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

5

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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>praziquantel</i> TABS 600mg	2	
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	5	NDS
<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	
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	5	NDS, NM, PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	2	
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	2	
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	2	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	2	QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	2	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	4	
VANCOMYCIN INJ 500MG	4	
VANCOMYCIN INJ 750MG	4	
ANTIFUNGALS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	4	B/D
<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	
<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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>griseofulvin microsized</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	2	
<i>griseofulvin ultramicrosized</i> TABS 125mg, 250mg	2	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	2	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	2	PA
<i>miconazole sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	5	NDS
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	2	
<i>posaconazole</i> SUSP 40mg/ml	5	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	5	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	1	QL (90 tabs / year)
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg	2	PA
<i>voriconazole</i> SUSP 40mg/ml	5	NDS, PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	2	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	2	QL (120 tabs / 30 days), PA

ANTIMALARIALS

<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	2	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	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	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>darunavir</i> TABS 800mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
EDURANT TABS 25mg	5	NDS, NM

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

7

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>efavirenz</i> CAPS 50mg, 200mg; 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
FUZEON SOLR 90mg	5	NDS, NM, LA
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
LEXIVA SUSP 50mg/ml	4	NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	5	NDS, NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	2	NM
NORVIR PACK 100mg	4	NM
PIFELTRO TABS 100mg	5	NDS, NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml	5	NDS, QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TABS 75mg	4	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	5	NDS, NM
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	2	NM
RUKOBIA TB12 600mg	5	NDS, NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg	5	NDS, NM
SELZENTRY TABS 25mg	4	NM
SUNLENCA TBPK 300mg	5	NDS, NM, LA
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	2	NM
TIVICAY TABS 10mg	3	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	5	NDS, NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	5	NDS, NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5	NDS, NM, LA
TYBOST TABS 150mg	3	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	NDS, NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	NDS, NM

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

8

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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
COMPLERA TAB	5	NDS, NM
DELSTRIGO TAB	5	NDS, NM
DESCOVY TAB 120-15MG	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
DESCOVY TAB 200/25MG	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
DOVATO TAB 50-300MG	5	NDS, NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	5	NDS, 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-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	2	QL (30 tabs / 30 days), NM
EVOTAZ TAB 300-150	5	NDS, NM
GENVOYA TAB	5	NDS, NM
JULUCA TAB 50-25MG	5	NDS, NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	2	NM
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</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 800-150	5	NDS, NM
STRIBILD TAB	5	NDS, NM
SYMTUZA TAB	5	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	5	NDS, NM

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

9

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
TRIUMEQ TAB	5	NDS, NM
TRIZIVIR 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	
<i>rifabutin</i> CAPS 150mg	2	
<i>rifampin</i> CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg	2	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	5	NDS, NM, LA, PA
TRECTOR TABS 250mg	4	
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
<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
HARVONI PAK 33.75-150MG	5	NDS, NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	5	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 45-200MG	5	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	5	NDS, NM, PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	2	NM
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 TAB 150-100	3	QL (40 tabs / 30 days); \$0 Cost Share

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

10

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
PAXLOVID TAB 300-100	3	QL (60 tabs / 30 days); \$0 Cost Share
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	
VEMLIDY TABS 25mg	5	NDS, NM
VOSEVI TAB	5	NDS, NM, PA
CEPHALOSPORINS		
<i>cefactor</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 250mg/5ml	2	
CEFACTOR ER TB12 500mg	4	
<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	
<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>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	2	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	2	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	2	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	2	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	2	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	2	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	2	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	2	
<i>azithromycin</i> TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	2	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	5	NDS
<i>e.e.s. 400</i> TABS 400mg	2	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	2	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	4	
<i>erythrocin stearate</i> TABS 250mg	2	
<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	
FLUOROQUINOLONES		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	4	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	2	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	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 250 mg/50ml</i>	2	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	2	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	2	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	2	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	2	
PENICILLINS		
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	1	

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

12

01/05/2024

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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	
<i>penicillin v potassium</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	2	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj</i> 3.375 gm (3-0.375 gm)	2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 2.25 gm (2-0.25 gm)	2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 4.5 gm (4-0.5 gm)	2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 13.5 gm (12-1.5 gm)	2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 40.5 gm (36-4.5 gm)	2	
TETRACYCLINES		
<i>doxy 100</i> SOLR 100mg	2	
<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; TABS 150mg	5	NDS, NM, LA
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	2	PA
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	5	NDS
ANTINEOPLASTIC AGENTS		
ALKYLATING AGENTS		
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	5	NDS, B/D, NM, LA
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	2	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	2	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg	2	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/ml	5	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 2gm	5	NDS, B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	4	B/D

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

14

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	5	NDS, B/D
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	4	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	5	NDS, NM
LEUKERAN TABS 2mg	5	NDS
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	2	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 100mg	5	NDS, B/D
<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	2	B/D
ANTIBIOTICS		
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	2	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 2mg/ml	5	NDS, B/D
ELLENCE SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	4	B/D
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, LA, PA NSO
LONSURF TAB 15-6.14	5	NDS, QL (100 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
LONSURF TAB 20-8.19	5	NDS, QL (80 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
<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, LA, PA NSO
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	5	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	5	NDS, NM, LA
TABLOID TABS 40mg	4	
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>abiraterone acetate</i> TABS 500mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO

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

15

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
AKEEGA TAB 50/500MG	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
AKEEGA TAB 100/500	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	1	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	2	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	4	NM, PA NSO
ERLEADA TABS 60mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
ERLEADA TABS 240mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
EULEXIN CAPS 125mg	5	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	2	
FIRMAGON SOLR 80mg	4	NM, PA NSO
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	5	NDS, NM, PA NSO
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	5	NDS, B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	1	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	2	NM, PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	5	NDS, NM, PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5	NDS, NM, PA NSO
LYSODREN TABS 500mg	5	NDS, NM, LA
<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, LA, PA NSO
ORGOVYX TABS 120mg	5	NDS, NM, LA, PA NSO
ORSERDU TABS 86mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
ORSERDU TABS 345mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	NDS
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	2	
XTANDI CAPS 40mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
XTANDI TABS 40mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
XTANDI TABS 80mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO

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

16

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	5	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	5	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg	5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
THALOMID CAPS 50mg, 100mg	5	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	5	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, LA, PA NSO
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	5	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA NSO
<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, LA, PA NSO
KISQALI 200 PAK FEMARA	5	NDS, QL (49 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KISQALI 400 PAK FEMARA	5	NDS, QL (70 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KISQALI 600 PAK FEMARA	5	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA NSO
MATULANE CAPS 50mg	5	NDS, NM, LA
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	5	NDS
WELIREG TABS 40mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
MITOTIC INHIBITORS		
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	2	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	NDS, B/D

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

17

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	NDS, B/D
<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 protein-bound particles for iv susp 100 mg</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, LA, PA NSO
ALUNBRIG TABS 30mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
ALUNBRIG PAK	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
AUGTYRO CAPS 40mg	5	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
BALVERSA TABS 3mg	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
BALVERSA TABS 4mg	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
BALVERSA TABS 5mg	5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg, 3.5mg	5	NDS, NM, PA NSO
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	5	NDS, NM, PA NSO
BOSULIF CAPS 50mg	5	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA NSO
BOSULIF CAPS 100mg	5	NDS, QL (150 caps / 25 days), NM, PA NSO
BOSULIF TABS 100mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
BOSULIF TABS 400mg, 500mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
BRAFTOVI CAPS 75mg	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
BRUKINSA CAPS 80mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
CALQUENCE CAPS 100mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
CALQUENCE TABS 100mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
CAPRELSA TABS 100mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
CAPRELSA TABS 300mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	5	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
COMETRIQ KIT 100MG	5	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
COMETRIQ KIT 140MG	5	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	5	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
COTELLIC TABS 20mg	5	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
DAURISMO TABS 25mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
DAURISMO TABS 100mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
ERIVEDGE CAPS 150mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>everolimus</i> TBSO 2mg	5	NDS, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>everolimus</i> TBSO 5mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
EXKIVITY CAPS 40mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
FRUZAQLA CAPS 1mg	5	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
FRUZAQLA CAPS 5mg	5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
GAVRETO CAPS 100mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>gefitinib</i> TABS 250mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	5	NDS, NM, LA, PA NSO
HERCEPTIN SOLR 150mg	5	NDS, NM, LA, PA NSO
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5	NDS, NM, PA NSO
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	5	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
IMBRUVICA CAPS 70mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
IMBRUVICA CAPS 140mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	5	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, LA, PA NSO
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
INLYTA TABS 1mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
INLYTA TABS 5mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
INREBIC CAPS 100mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos

QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo

B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**

- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta

NDS - Suministro de días no extendidos

20

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
JAYPIRCA TABS 50mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
JAYPIRCA TABS 100mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	NDS, B/D, NM, LA
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	NDS, NM, LA, PA NSO
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	NDS, NM, LA, PA NSO
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	5	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	5	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	5	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KOSELUGO CAPS 10mg	5	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
KOSELUGO CAPS 25mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
KRAZATI TABS 200mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
LENVIMA CAP 14 MG	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
LENVIMA CAP 18 MG	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
LENVIMA CAP 24 MG	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
LORBRENA TABS 25mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
LORBRENA TABS 100mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO

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

21

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
LUMAKRAS TABS 120mg	5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
LUMAKRAS TABS 320mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	5	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
MEKINIST SOLR .05mg/ml	5	NDS, QL (1260 mL / 30 days), NM, LA, PA NSO
MEKINIST TABS 2mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
MEKINIST TABS .5mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
MEKTOVI TABS 15mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
MONJUVI SOLR 200mg	5	NDS, NM, LA, PA NSO
NERLYNX TABS 40mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
NEXAVAR TABS 200mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	5	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA NSO
ODOMZO CAPS 200mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
OGIVRI SOLR 150mg	5	NDS, NM, LA, PA NSO
OGIVRI INJ 420MG	5	NDS, NM, LA, PA NSO
OGSIVEO TABS 50mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5	NDS, NM, LA, PA NSO
<i>pazopanib hcl</i> TABS 200mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
PHESGO SOL	5	NDS, NM, LA, PA NSO

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

22

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA NSO
PIQRAY 250MG TAB DOSE	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA NSO
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA NSO
QINLOCK TABS 50mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
RETEVMO CAPS 40mg	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
RETEVMO CAPS 80mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
REZLIDHIA CAPS 150mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
ROZLYTREK CAPS 100mg	5	NDS, QL (150 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
ROZLYTREK CAPS 200mg	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
ROZLYTREK PACK 50mg	5	NDS, QL (336 packets / 28 days), NM, LA, PA NSO
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
RYDAPT CAPS 25mg	5	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA NSO
SCSEMBLIX TABS 20mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
SCSEMBLIX TABS 40mg	5	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
SPRYCEL TABS 20mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
SPRYCEL TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
STIVARGA TABS 40mg	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA NSO
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA NSO
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos

QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo

B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**

- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta

NDS - Suministro de días no extendidos

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
TAFINLAR TBSO 10mg	5	NDS, QL (900 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
TALZENNA CAPS .25mg	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
TASIGNA CAPS 50mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg	5	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA NSO
TAZVERIK TABS 200mg	5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	5	NDS, NM, LA, PA NSO
TEPMETKO TABS 225mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
TIBSOVO TABS 250mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	5	NDS, NM, PA NSO
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	5	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	NDS, NM, PA NSO
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
TURALIO CAPS 125mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
VENCLEXTA TABS 10mg	4	QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
VENCLEXTA TABS 50mg	5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
VENCLEXTA TABS 100mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
VENCLEXTA TAB START PK	5	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
VITRAKVI CAPS 25mg	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos

QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo

B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**

- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta

NDS - Suministro de días no extendidos

24

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
VITRAKVI CAPS 100mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	5	NDS, QL (300 mL / 30 days), NM, LA, PA NSO
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
VONJO CAPS 100mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
XALKORI CPSP 20mg	5	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
XALKORI CPSP 150mg	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
XOSPATA TABS 40mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg	5	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 40mg	5	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 60mg	5	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg	5	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 50mg	5	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
ZEJULA CAPS 100mg	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
ZELBORAF TABS 240mg	5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	NDS, NM, LA, PA NSO
ZOLINZA CAPS 100mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
ZYKADIA TABS 150mg	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO

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

25

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
PROTECTIVE AGENTS		
<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	
MESNEX TABS 400mg	5	NDS
CARDIOVASCULAR		
ACE INHIBITOR COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5- 10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5- 10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5- 20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5- 40 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10- 20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10- 40 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5- 6.25mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	1	

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

26

01/05/2024

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

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

27

01/05/2024

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

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

28

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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)
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	6	
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 320mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg</i>	2	
<i>amiodarone hcl TABS 200mg</i>	1	
<i>disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg</i>	4	
<i>dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	2	NM
<i>flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg</i>	2	
<i>MULTAQ TABS 400mg</i>	4	
<i>NORPACE CR CP12 100mg, 150mg</i>	4	
<i>pacerone TABS 100mg, 400mg</i>	2	
<i>pacerone TABS 200mg</i>	1	
<i>propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate TABS 200mg, 300mg</i>	2	
<i>sorine TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg</i>	1	

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

29

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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)
<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	
<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)
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	2	PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	2	
REPATHA SOSY 140mg/ml	3	NM, PA
REPATHA PUSHRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml	3	NM, PA

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

30

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	3	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	
<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	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	2	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml	2	
<i>diltiazem hcl</i> TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	1	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	2	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	2	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	2	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	2	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	2	
NYMALIZE SOLN 6mg/ml	5	NDS
<i>taztia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	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	

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

32

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	2	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	2	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab</i> 25-25 mg	2	
<i>torseamide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg	1	
MISCELLANEOUS		
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	1	
<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)
CORLANOR TABS 5mg, 7.5mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	2	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	2	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	3	PA; PA if 70 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	2	
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	5	NDS, 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)
NITRATES		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	2	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg; TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	
NITRO-BID OINT 2%	3	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>nitroglycerin</i> 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, LA, PA NSO
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
OPSUMIT TABS 10mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	2	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	NDS, NM, LA, PA NSO
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	5	NDS, NM, LA, PA NSO
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 2mg/ml, 4mg/ml	2	
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	2	QL (150 mL / 30 days)
ANTIDEMENTIA		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	1	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	2	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	2	QL (200 mL / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg	2	PA; PA applies if 29 years and younger
NAMZARIC CAP 7-10MG	4	
NAMZARIC CAP 14-10MG	4	

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

34

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
NAMZARIC CAP 21-10MG	4	
NAMZARIC CAP 28-10MG	4	
NAMZARIC CAP PACK	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	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	
AUVELITY TAB 45-105MG	4	QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
<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 NSO
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	4	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	2	QL (30 tabs / 30 days), PA NSO
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	3	
<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 NSO
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	2	
<i>escitalopram oxalate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	4	QL (60 caps / 30 days), PA NSO
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	4	QL (30 caps / 30 days), PA NSO
FETZIMA CAP TITRATIO	4	QL (2 packs / year), PA NSO
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	1	

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

35

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	2	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	2	
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 NSO
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	2	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	4	
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml	2	
<i>sertraline hcl</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	2	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg	4	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	4	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<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, LA, PA NSO
ZURZUVAE CAPS 30mg	5	NDS, QL (14 caps / 14 days), NM, LA, PA NSO

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 if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	2	

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

36

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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	
<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, LA, PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	4	
<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	PA; PA if 70 years and older
<i>trihexyphenidyl hcl TABS 2mg, 5mg</i>	2	PA; PA if 70 years and older
ANTIPSYCHOTICS		
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)

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

37

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ABILIFY MANTENA SRER 300mg, 400mg	5	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml	2	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
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</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	2	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	2	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	2	PA NSO
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	2	QL (270 tabs / 30 days), PA NSO
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	2	QL (180 tabs / 30 days), PA NSO
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), PA NSO
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
FANAPT PAK	4	QL (2 packs / year), PA NSO
<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	

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

38

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	5	NDS, QL (1 injection / 180 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	4	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	5	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	2	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl</i> TABS 80mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	2	
NUPLAZID CAPS 34mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
NUPLAZID TABS 10mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	2	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg; TBDP 10mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg; TBDP 5mg, 15mg, 20mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<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	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg	5	NDS, QL (1 syringe / 30 days)
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	2	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 300mg, 400mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	2	QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	2	QL (30 tabs / 30 days), PA NSO
REXULTI TABS 3mg, 4mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)

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

39

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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)
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	2	QL (90 tabs / 30 days)
<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 NSO
VRAYLAR CAPS 1.5mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days)
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	4	QL (2 packs / year)
<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, 300mg	5	NDS, QL (2 vials / 28 days), NM, PA NSO
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg	5	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA NSO
ANTISEIZURE AGENTS		
APTIOM TABS 200mg, 400mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTIOM TABS 600mg, 800mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	5	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA NSO
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	4	PA NSO
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA NSO

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

40

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; 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 NSO
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	2	QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBDP 2mg	2	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	2	QL (180 tabs / 30 days), PA NSO; PA if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	5	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
DIACOMIT CAPS 500mg	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
DIACOMIT PACK 250mg	5	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA NSO
DIACOMIT PACK 500mg	5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	2	QL (1200 mL / 30 days), PA NSO; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	2	QL (120 tabs / 30 days), PA NSO; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year
<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 NSO; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	4	

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

41

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	4	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	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, LA, PA NSO
<i>epitol</i> TABS 200mg	2	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	4	QL (480 mL / 30 days), PA NSO
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	2	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	5	NDS
<i>felbamate</i> TABS 400mg, 600mg	2	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	5	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, LA, PA NSO
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	5	NDS, QL (720 mL / 30 days), PA NSO
FYCOMPA TABS 2mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA NSO
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg, 400mg	1	QL (180 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)
<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; TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	2	
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	2	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	2	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	2	

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

42

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	2	
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	2	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	2	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	4	QL (1500 mL / 30 days), PA NSO; PA if 70 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 NSO; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	4	PA NSO; PA if 70 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	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	2	QL (120 caps / 30 days), PA NSO
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg	2	QL (90 caps / 30 days), PA NSO
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg	2	QL (60 caps / 30 days), PA NSO
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml	2	QL (900 mL / 30 days), PA NSO
<i>primidone</i> TABS 50mg, 125mg, 250mg	1	
<i>roweepra</i> TABS 500mg	2	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	5	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA NSO
<i>rufinamide</i> TABS 200mg	2	QL (480 tabs / 30 days), PA NSO
<i>rufinamide</i> TABS 400mg	5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), PA NSO
SPRITAM TB3D 250mg	4	QL (360 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 500mg	4	QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 750mg	4	QL (120 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 1000mg	4	QL (90 tabs / 30 days)
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	

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

43

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg	5	NDS, QL (60 films / 30 days), PA NSO
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	2	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg	2	
<i>topiramate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	2	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	2	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	4	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	4	
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	4	
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	4	
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>vigadrone</i> TABS 500mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>vigpoder</i> PACK 500mg	5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA NSO
XCOPRI TABS 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 NSO

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

44

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	5	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, LA, PA NSO

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
<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</i> CAPS 10mg, 18mg, 25mg	2	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 40mg	2	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 60mg, 80mg, 100mg	2	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg	2	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 10mg	2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 1mg, 2mg, 4mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older

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

45

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 3mg	3	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 5mg/5ml	2	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 10mg/5ml	2	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 5mg, 10mg	2	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg	2	QL (90 tabs / 30 days), PA

HYPNOTICS

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>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 if 65 years and older
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	2	QL (60 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	2	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year

MIGRAINE

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

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

46

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	2	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	2	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	2	QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	3	QL (16 tabs / 30 days), PA
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, 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 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	4	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg	1	
<i>lithium carbonate</i> TBCR 300mg, 450mg	2	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	4	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	5	NDS, 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, LA, PA NSO
BETASERON KIT .3mg	5	NDS, QL (14 syringes / 28 days), NM, PA NSO

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

47

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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 NSO
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	5	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA NSO
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	5	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA NSO
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	5	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA NSO
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	5	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA NSO
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	5	NDS, QL (16 pens / year), NM, LA, PA NSO

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 70 years and older after a 30 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
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	5	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, LA, PA

PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC

<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	2	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	2	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	2	QL (90 films / 30 days)

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

48

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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 (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	2	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	2	QL (90 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>naloxone hcl LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml</i>	2	
<i>naltrexone hcl TABS 50mg</i>	2	
<i>NICOTROL INHALER INHA 10mg</i>	4	
<i>NICOTROL NS SOLN 10mg/ml</i>	4	
<i>varenicline tartrate TABS .5mg, 1mg</i>	2	QL (56 tabs / 28 days), PA
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	2	QL (2 packs / year), PA
<i>VIVITROL SUSR 380mg</i>	5	NDS, NM

ENDOCRINE AND METABOLIC

ANDROGENS

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

ANTIDIABETICS

<i>acarbose TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	2	
<i>BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml</i>	3	QL (4 pens / 28 days), PA

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml	4	QL (1 pen / 30 days), PA
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 xl</i> TB24 2.5mg, 5mg	6	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</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)
MOUNJARO SOPN 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)

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

50

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	3	QL (1 pen / 28 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
SYNJARDY TAB 5-500MG	3	QL (120 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-500	3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 10-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 25-1000	3	QL (30 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 SOPN .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	
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	3	
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	3	
BD ALCOHOL SWABS	3	

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

51

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
FIASP SOLN 100unit/ml	3	
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	
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: BD/NOVO	3	
INSULIN SAFETY NEEDLES	3	
INSULIN SYRINGES: BD	3	
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	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	3	(brand RELION not covered)
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	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
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 days), PA

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

52

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	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	
TRESIBA SOLN 100unit/ml	3	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	3	
V-GO 20 KIT	4	QL (30 devices / 30 days), PA
V-GO 30 KIT	4	QL (30 devices / 30 days), PA
V-GO 40 KIT	4	QL (30 devices / 30 days), PA
XULTOPHY INJ 100/3.6	3	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	2	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	2	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	5	NDS, LA, PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	2	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	4	QL (1 syringe / 180 days), NM
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	5	NDS, NM, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	5	NDS, NM, PA

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

53

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	2	B/D, NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	5	NDS
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 180mg, 360mg	5	NDS, NM, PA
<i>deferasirox</i> TABS 90mg	2	NM, PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	5	NDS, NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i> <i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	2	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	5	NDS, NM, PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	3	
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>briellyn</i>	2	
<i>camila</i> TABS .35mg	2	
<i>chateal eq</i>	2	
<i>cryselle-28</i>	2	
<i>cyred eq</i>	2	
<i>dasetta 1/35</i>	2	
<i>dasetta 7/7/7</i>	2	
<i>deblitane</i> TABS .35mg	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	4	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	2	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</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>enilloring</i>	2	
<i>enpresse-28</i>	2	
<i>enskyce</i>	2	
<i>errin TABS .35mg</i>	2	
<i>estarylla</i>	2	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</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>hailey 1.5/30</i>	2	
<i>haloette</i>	2	
<i>heather TABS .35mg</i>	2	
<i>iclevia</i>	2	
<i>incassia TABS .35mg</i>	2	
<i>introvale</i>	2	
<i>isibloom</i>	2	
<i>jasmiel</i>	2	
<i>jolessa</i>	2	
<i>juleber</i>	2	
<i>junel 1.5/30</i>	2	
<i>junel 1/20</i>	2	
<i>junel fe 1.5/30</i>	2	
<i>junel fe 1/20</i>	2	
<i>kariva</i>	2	
<i>kelnor 1/35</i>	2	
<i>kelnor 1/50</i>	2	
<i>kurvelo</i>	2	
<i>larin 1.5/30</i>	2	

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

55

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>larin 1/20</i>	2	
<i>larin fe 1.5/30</i>	2	
<i>larin fe 1/20</i>	2	
<i>leena</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 & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	2	
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05- 30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	2	
<i>levora 0.15/30-28</i>	2	
<i>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>luteru</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>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-linyah</i>	2	
<i>necon 0.5/35-28</i>	2	
<i>nikki</i>	2	
<i>nora-be TABS .35mg</i>	2	
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	2	
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	2	

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

56

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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>nymyo</i>	2	
<i>ocella</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	
<i>tri-lo-estarylla</i>	2	
<i>tri-lo-marzia</i>	2	
<i>tri-lo-mili</i>	2	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>tri-lo-sprintec</i>	2	
<i>tri-mili</i>	2	
<i>tri-nymyo</i>	2	
<i>tri-sprintec</i>	2	
<i>tri-vylibra</i>	2	
<i>tri-vylibra lo</i>	2	
<i>trivora-28</i>	2	
<i>turqoz</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>xulane</i>	2	
<i>zafemy</i>	2	
<i>zovia 1/35</i>	2	
<i>zumandimine</i>	2	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol CAPS 50mg, 100mg, 200mg</i>	2	
<i>SYNAREL SOLN 2mg/ml</i>	5	NDS, PA
ESTROGENS		
<i>amabelz tab 0.5-0.1mg</i>	3	
<i>dotti PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr</i>	3	
<i>estradiol 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</i>	3	
<i>estradiol TABS .5mg, 1mg, 2mg</i>	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 CREA .1mg/gm; TABS 10mcg</i>	2	
<i>estradiol valerate OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml</i>	2	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	3	

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

58

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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>yuvafem</i> TABS 10mcg	2	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	2	B/D
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	4	B/D
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml	2	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	2	
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	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, 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	2	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	4	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	4	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	5	NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	

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

59

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	3	
GVOKE PFS SOSY 1mg/0.2ml	3	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	5	NDS, NM, LA, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	5	NDS, NM, LA
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	2	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	5	NDS, NM, LA, PA
CERDELGA CAPS 84mg	5	NDS, NM, LA, PA
CEREZYME SOLR 400unit	5	NDS, NM, LA, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg, 60mg	2	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	5	NDS, B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4	NM, LA, 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, LA, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	5	NDS, NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	5	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	5	NDS, NM, LA, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	NDS, NM, LA, PA
KORLYM TABS 300mg	5	NDS, NM, LA, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	2	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	5	NDS, NM, LA, 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
<i>miglustat</i> CAPS 100mg	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	5	NDS, NM, LA, PA

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

60

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	5	NDS, NM, LA, 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, LA, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 120mg/0.5ml	5	NDS, NM, LA, PA NSO
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	NDS, NM, LA, PA
<i>yargesa</i> CAPS 100mg	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA

PHOSPHATE BINDER AGENTS

<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg	2	QL (360 caps / 30 days)
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg	2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>lanthanum carbonate</i> CHEW 500mg, 1000mg	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>lanthanum carbonate</i> CHEW 750mg	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm	2	QL (180 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK .8gm	2	QL (540 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> TABS 800mg	2	QL (540 tabs / 30 days)
VELPHORO CHEW 500mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days)

PROGESTINS

<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	

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

61

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>progesterone</i> CAPS 100mg, 200mg	2	
THYROID AGENTS		
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	2	
<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>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
RAYALDEE CPR 30mcg	5	NDS
GASTROINTESTINAL		
ANTIEMETICS		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	2	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	2	B/D
<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	

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

62

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	2	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	2	
<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 if 70 years and older
<i>promethazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	3	PA; PA if 70 years and older
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	4	QL (10 patches / 30 days), PA; PA if 70 years and older

ANTISPASMODICS

<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg	3	
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<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	2	
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml	2	QL (300 mL / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 20mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 40mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<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), PA

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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; SUPP 1000mg	2	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	2	
<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>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>alose tron hcl</i> TABS .5mg, 1mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	2	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	3	
GATTEX KIT 5mg	5	NDS, NM, LA, PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	4	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	2	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	2	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg	3	QL (30 tabs / 30 days)

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	5	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>sucrafate</i> TABS 1gm	2	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	2	
XERMELO TABS 250mg	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XIFAXAN TABS 550mg	5	NDS, PA

PANCREATIC ENZYMES

CREON CAP 3000UNIT	3	
CREON CAP 6000UNIT	3	
CREON CAP 12000UNT	3	
CREON CAP 24000UNT	3	
CREON CAP 36000UNT	3	
ZENPEP CAP 3000UNIT	4	
ZENPEP CAP 5000UNIT	4	
ZENPEP CAP 10000UNT	4	
ZENPEP CAP 15000UNT	4	
ZENPEP CAP 20000UNT	4	
ZENPEP CAP 25000UNT	4	
ZENPEP CAP 40000UNT	4	
ZENPEP CAP 60000UNT	4	

PROTON PUMP INHIBITORS

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

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 0.5-0.4 mg</i>	2	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<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	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	2	

URINARY ANTISPASMODICS

GEMTESA TABS 75mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	4	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	4	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), ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>tropium 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	

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 TABS 2.5mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	3	QL (74 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/D5W INJ 20000UNT	4	
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	4	
HEP SOD/NAACL INJ 12500UNT	3	
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	3	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	2	B/D
HEPARIN/NAACL INJ 25000UNT	3	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
PRADAXA CAPS 110mg	4	QL (120 caps / 30 days)
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
XARELTO SUSR 1mg/ml	3	QL (620 mL / 30 days)
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		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	NM, PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	NDS, NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	NDS, NM, PA
ZIEXTENZO SOSY 6mg/0.6ml	5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
MISCELLANEOUS		
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	2	
BERINERT KIT 500unit	5	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, LA, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	1	
DOPTELET TABS 20mg	5	NDS, NM, LA, PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	3	
ENDARI PACK 5gm	5	NDS, NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	5	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	5	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, LA, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	5	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	1	
PROMACTA PACK 12.5mg	5	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA PACK 25mg	5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA

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

67

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	5	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, LA, 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	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	3	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	1	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	3	PA; PA if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	2	

IMMUNOLOGIC AGENTS

AUTOIMMUNE AGENTS

ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	5	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml; SOSY 100mg/0.67ml, 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	5	NDS, 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
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml	5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	5	NDS, QL (3 syringes / 28 days), NM, PA

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml	5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 80mg/0.8ml	5	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	5	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml	5	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml	5	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml	5	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	5	NDS, NM, LA, PA
KEVZARA SOAJ 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	5	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
KEVZARA SOSY 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
OTEZLA TABS 30mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OTEZLA TAB 10/20/30	5	NDS, QL (110 tabs / year), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	5	NDS, NM, LA, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	5	NDS, NM, LA, 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
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	5	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	5	NDS, QL (6 vials / year), 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

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos

QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo

B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**

- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta

NDS - Suministro de días no extendidos

69

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	5	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, LA, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	5	NDS, NM, LA, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml	5	NDS, QL (3 syringes / 28 days), NM, LA, 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

DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)

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

IMMUNOGLOBULINS

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

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

70

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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 2000000unit/0.5ml	5	NDS, NM, LA, PA NSO
ARCALYST SOLR 220mg	5	NDS, NM, LA, 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; SOSY 200mg/ml	5	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, LA, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	5	NDS, NM, LA, PA
cyclosporine CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	2	B/D, NM
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	2	B/D, NM
everolimus (immunosuppressant) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	NDS, B/D, NM
engraf CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	2	B/D, NM
mycophenolate mofetil CAPS 250mg; TABS 500mg	2	B/D, NM
mycophenolate mofetil SUSR 200mg/ml	5	NDS, B/D, NM
mycophenolate sodium 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, NM, LA, PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	4	B/D, NM
sirolimus SOLN 1mg/ml	5	NDS, B/D, NM
sirolimus TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	B/D, NM
tacrolimus CAPS .5mg, 1mg, 5mg	2	B/D, NM
VACCINES		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	1	
ACTHIB INJ	1	
ADACEL INJ	1	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
BCG VACCINE SOLR 50mg	1	
BEXSERO INJ	1	
BOOSTRIX INJ	1	
DAPTACEL INJ	1	
DENGVAXIA SUS	1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	1	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	1	B/D
GARDASIL 9 INJ	1	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	1	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	1	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	1	B/D
INFANRIX INJ	1	
IPOL INJ INACTIVE	1	
IXCHIQ INJ	1	
IXIARO INJ	1	
JYNNEOS SUSP .5ml	1	B/D
KINRIX INJ	1	
M-M-R II INJ	1	
MENACTRA INJ	1	
MENQUADFI INJ	1	
MENVEO INJ	1	
MENVEO SOL	1	
PEDIARIX INJ 0.5ML	1	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	1	
PENBRAYA INJ	1	
PENTACEL INJ	1	
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	1	B/D
PRIORIX INJ	1	
PROQUAD INJ	1	
QUADRACEL 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)

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

72

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
TDVAX INJ 2-2 LF	1	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	1	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	1	
TRUMENBA INJ	1	
TWINRIX INJ	1	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	1	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	1	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	1	
YF-VAX INJ	1	

NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS

ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE

D2.5W/NACL INJ 0.45%	4	
D5W/LYTES INJ #48	4	
D10W/NACL INJ 0.2%	3	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	2	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	2	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	2	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	2	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	2	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	2	
ISOLYTE-P INJ /D5W	4	
ISOLYTE-S INJ	4	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	4	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	2	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	2	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	2	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	2	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	2	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	2	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4	
<i>lactated ringer's solution</i>	2	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	3	
<i>magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	3	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	3	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	3	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	2	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	2	
PLASMA-LYTE INJ -148	4	
PLASMA-LYTE INJ -A	4	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	4	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	4	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	4	
<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml</i>	2	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml	4	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	2	
<i>sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	2	
TPN ELECTROL INJ	4	B/D
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
<i>klor-con PACK 20meq</i>	2	
<i>klor-con 8 TBCR 8meq</i>	1	
<i>klor-con 10 TBCR 10meq</i>	1	
<i>klor-con m10 TBCR 10meq</i>	1	
<i>klor-con m15 TBCR 15meq</i>	2	
<i>klor-con m20 TBCR 20meq</i>	1	
M-NATAL PLUS TAB	3	

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

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

IV NUTRITION

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

OPHTHALMIC

ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY

<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc</i> ophth oint 1%	2	
<i>neo-polycin hc</i> ophth oint 1%	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> ophth oint 0.1%	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> ophth susp 0.1%	2	

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

75

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	2	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	3	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	2	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	3	
ANTI-INFECTIVES		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	1	
BESIVANCE SUSP .6%	3	
CILOXAN OINT .3%	3	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	1	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	2	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	2	
NATACYN SUSP 5%	4	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	2	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	2	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	2	
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	2	
<i>polycin ophth oint</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	2	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	2	
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTI-INFLAMMATORIES		
ALREX SUSP .2%	3	
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .07%, .075%</i>	2	
BROMSITE SOLN .075%	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	2	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	2	
EYSUVIS SUSP .25%	4	
FLAREX SUSP .1%	4	
<i>fluorometholone (ophth)</i> SUSP .1%	2	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	2	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%, .5%	2	
LOTEMAX OINT .5%	3	
<i>loteprednol etabonate</i> SUSP .2%	2	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	3	
PROLENSA SOLN .07%	3	
ANTIALLERGICS		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	2	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	1	
ZERVIAE SOLN .24%	4	
ANTI GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	2	
BETOPTIC-S SUSP .25%	4	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	1	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%	2	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	2	
<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	

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

77

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
CYSTADROPS SOLN .37%	5	NDS, NM, LA, PA
CYSTARAN SOLN .44%	5	NDS, NM, LA, PA
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	3	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	2	
RESTASIS EMUL .05%	3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	
TYRVAYA SOLN .03mg/act	4	
XIIDRA SOLN 5%	3	

OTIC

OTIC AGENTS

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

RESPIRATORY

ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS

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

ANTICHOLINERGICS

ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	4	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	3	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%	2	B/D

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	2	
ANTI-HISTAMINES		
<i>azelastine hcl SOLN .1%</i>	2	
<i>cetirizine hcl SOLN 5mg/5ml</i>	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>cyproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg</i>	3	PA; PA if 70 years and older
<i>diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml</i>	4	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg</i>	3	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine pamoate CAPS 25mg, 50mg</i>	3	PA; PA if 70 years and older
<i>levocetirizine dihydrochloride SOLN 2.5mg/5ml</i>	2	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride TABS 5mg</i>	2	QL (30 tabs / 30 days)
BETA AGONISTS		
<i>albuterol sulfate AERS 108mcg/act</i>	2	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate AERS 108mcg/act</i>	2	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate AERS 108mcg/act</i>	2	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml</i>	2	B/D
<i>albuterol sulfate SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg</i>	2	
<i>levalbuterol hcl NEBU 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml</i>	2	B/D
<i>levalbuterol tartrate AERO 45mcg/act</i>	2	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	3	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate TABS 2.5mg, 5mg</i>	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)

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

79

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg	2	
<i>montelukast sodium</i> TABS 10mg	1	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	2	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	2	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5	NDS, NM, LA, PA
BRONCHITOL CAPS 40mg	5	NDS, QL (560 caps / 28 days), NM, LA, 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 30mg/ml	5	NDS, NM, LA, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	5	NDS, NM, LA, PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	5	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
KALYDECO TABS 150mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 75-94MG	5	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 100-125	5	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 150-188	5	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 100-125	5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 200-125	5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, 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
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	5	NDS, NM, LA, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	5	NDS, NM, PA

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

80

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg	2	QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast</i> TABS 500mcg	2	QL (30 tabs / 30 days)
SYMDEKO TAB 50-75MG	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
SYMDEKO TAB 100-150	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	2	
TRIKAFTA PAK 59.5MG	5	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	5	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 150mg/ml, 300mg/2ml; SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml, 300mg/2ml	5	NDS, NM, LA, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	5	NDS, NM, LA, PA
NASAL STEROIDS		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	2	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	2	QL (1 bottle / 30 days)
XHANCE EXHU 93mcg/act	4	QL (32 mL / 30 days), PA
STEROID INHALANTS		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	3	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	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)
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	3	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	3	QL (60 blisters / 30 days)

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

81

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
BREO ELLIPTA INH 200-25	3	QL (60 blisters / 30 days)
DULERA AER 50-5MCG	4	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 100-5MCG	4	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 200-5MCG	4	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	2	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	2	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	2	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>wixela inhub</i>	2	QL (60 inhalations / 30 days)

TOPICAL

DERMATOLOGY, ACNE

<i>acutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	PA
<i>amnesteem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	2	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	2	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	2	QL (75 gm / 30 days)
<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>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>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)

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

82

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>silver sulfadiazine</i> CREA 1%	2	
<i>ssd</i> CREA 1%	2	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	4	QL (453.6 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<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 (30 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	2	QL (45 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical)</i> CREA 2%	2	QL (60 gm / 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)
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
<i>tazarotene</i> CREA .1%	2	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	4	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS		
<i>ketoconazole (topical)</i> SHAM 2%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	2	
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort</i> CREA 1%, 2.5%	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)

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

83

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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 (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	2	QL (50 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	2	QL (60 gm / 30 days)
ENSTILAR AER	4	QL (120 gm / 30 days), PA
<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 (90 mL / 30 days)
<i>fluocinonide</i> CREA .05%	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>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	
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
<i>glydo</i> PRSY 2%	2	QL (60 mL / 30 days), PA

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

84

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>lidocaine</i> OINT 5%	2	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	2	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	2	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	2	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan</i> PTCH 5%	2	QL (3 patches / 1 day), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	5	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA NSO
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1%	2	QL (1000 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	2	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	2	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%, 2.5%	2	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	2	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	2	
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	2	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	2	QL (59 mL / 30 days)
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> OINT .4%	2	QL (30 gm / 30 days)
PANRETIN GEL .1%	5	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA NSO
<i>podofilox</i> SOLN .5%	2	QL (7 mL / 28 days)
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	2	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	2	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	2	
RECTIV OINT .4%	4	QL (30 gm / 30 days)
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	2	QL (100 gm / 30 days)
VALCHLOR GEL .016%	5	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, LA, PA NSO
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>malathion</i> LOTN .5%	2	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	2	QL (60 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
REGANEX GEL .01%	5	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA

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

85

01/05/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
SANTYL OINT 250unit/gm	4	QL (180 gm / 30 days)
<i>sodium chloride (gu irrigant) SOLN .9%</i>	2	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	2	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN .12%</i>	1	
<i>clotrimazole TROC 10mg</i>	2	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>kourzeq PSTE .1%</i>	2	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN 2%</i>	2	
<i>nystatin (mouth-throat) SUSP 100000unit/ml</i>	2	
<i>periogard SOLN .12%</i>	1	
<i>pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%</i>	2	

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

86

01/05/2024

Índice

A	
<i>abacavir sulfate</i>	7
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	9
ABELCET	6
ABILIFY MAINTENA	37, 38
<i>abiraterone acetate</i>	15
ABRYSVO	71
<i>acamprosate calcium</i>	48
<i>acarbose</i>	49
<i>accutane</i>	82
<i>acebutolol hcl</i>	31
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	3
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	3
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	3
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	3
<i>acetazolamide</i>	32
<i>acetic acid</i>	65
<i>acetic acid (otic)</i>	78
<i>acetylcysteine</i>	80
<i>acitretin</i>	83
ACTHIB INJ	71
ACTIMMUNE	71
<i>acyclovir</i>	10
<i>acyclovir sodium</i>	10
ADACEL INJ.....	71
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN)	68
<i>adefovir dipivoxil</i>	10
ADEMPAS	34
ADMELOG	51
ADMELOG SOLOSTAR	51
ADVAIR HFA AER 115/21	81
ADVAIR HFA AER 230/21	81
ADVAIR HFA AER 45/21	81
<i>afirmelle</i>	54
AIMOVIG	46
AKEEGA TAB 100/500.....	16
AKEEGA TAB 50/500MG	16
<i>ala-cort</i>	83
<i>albendazole</i>	4
<i>albuterol sulfate</i>	79
<i>alclometasone dipropionate</i>	83
ALDURAZYME	60
ALECENSA	18
<i>alendronate sodium</i>	53
<i>alfuzosin hcl</i>	65
<i>aliskiren fumarate</i>	33
<i>allopurinol</i>	2
<i>alosetron hcl</i>	64
<i>alprazolam</i>	34
ALREX	76
<i>altavera</i>	54
ALUNBRIG.....	18
ALUNBRIG PAK	18
<i>alyacen 1/35</i>	54
<i>alyacen 7/7/7</i>	54
<i>amabelz tab 0.5-0.1mg</i>	58
<i>amantadine hcl</i>	36
<i>ambrisentan</i>	34
<i>amikacin sulfate</i>	4
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	32
<i>amiloride hcl</i>	32
<i>amiodarone hcl</i>	29
<i>amitriptyline hcl</i>	35
<i>amlodipine besylate</i>	31
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	26
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	26
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	26
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	26
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	26
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	26
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	28
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	28
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	27
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	28
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	28

<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	45
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	45
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	45
<i>amnestem</i>	82	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	45
<i>amoxapine</i>	35	<i>amphotericin b</i>	6
<i>amoxicillin</i>	12, 13	<i>amphotericin b liposome</i>	6
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	13	<i>ampicillin</i>	13
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	13	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	13
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	13	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	13
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	13	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	13
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	13	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	13
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	13	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	13
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	13	<i>ampicillin sodium</i>	13
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	13	<i>anagrelide hcl</i>	67
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	13	<i>anastrozole</i>	16
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	13	<i>ANORO ELLIPT AER 62.5-25</i>	78
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	45	<i>aprepitant</i>	62
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	45	<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	62
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	45	<i>apri</i>	54
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	45	<i>APTIOM</i>	40
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	45	<i>APTIVUS</i>	7
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	45	<i>ARALAST NP</i>	80
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	45	<i>aranelle</i>	54
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	45	<i>ARCALYST</i>	71
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	45	<i>AREXVY</i>	71
		<i>aripiprazole</i>	38
		<i>ARISTADA</i>	38
		<i>ARISTADA INITIO</i>	38
		<i>armodafinil</i>	48
		<i>ARNUITY ELLIPTA</i>	81
		<i>asenapine maleate</i>	38
		<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	68
		<i>ASTAGRAF XL</i>	71
		<i>atazanavir sulfate</i>	7
		<i>atenolol</i>	31

<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	31	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	26
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	31	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	26
<i>atomoxetine hcl</i>	45	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	26
<i>atorvastatin calcium</i>	30	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	26
<i>atovaquone</i>	4	<i>benazepril hcl</i>	27
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	7	BENDEKA.....	14
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	7	BENLYSTA.....	71
ATROPINE SULFATE.....	77	<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	82
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	77	<i>benztropine mesylate</i>	36
ATROVENT HFA.....	78	BERINERT	67
<i>aubra eq</i>	54	BESIVANCE	76
AUGTYRO.....	18	BESREMI	17
<i>aurovela 1/20</i>	54	<i>betaine powder for oral solution</i>	60
<i>aurovela fe 1/20</i>	54	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	83
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	54	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	84
AUSTEDO.....	47	<i>betamethasone valerate</i>	84
AUSTEDO XR.....	47	BETASERON	47
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	47	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	77
AUVELITY TAB 45-105MG.....	35	<i>bethanechol chloride</i>	65
<i>aviane</i>	54	BETOPTIC-S	77
<i>ayuna</i>	54	BEVESPI AER 9-4.8MCG.....	78
AYVAKIT	18	<i>bexarotene</i>	17
<i>azacitidine</i>	15	<i>bexarotene (topical)</i>	85
<i>azathioprine</i>	71	BEXSERO INJ	72
<i>azelastine hcl</i>	79	<i>bicalutamide</i>	16
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	77	BICILLIN L-A	13
<i>azithromycin</i>	12	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	9
<i>aztreonam</i>	4	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	9
<i>azurette</i>	54	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	31
B		<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	31
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	76	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	31
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	76	<i>bisoprolol fumarate</i>	31
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	75	BIVIGAM.....	70
<i>baclofen</i>	48	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	54
BAFIERTAM	47	BOOSTRIX INJ	72
<i>balsalazide disodium</i>	63	<i>bortezomib</i>	18
BALVERSA.....	18	BORTEZOMIB	18
<i>balziva</i>	54		
BARACLUDE	10		
BASAGLAR KWIKPEN	51		
BCG VACCINE.....	72		
BD ALCOHOL SWABS.....	51		

<i>bosentan</i>	34	<i>calcitriol</i>	62
BOSULIF	18	<i>calcitriol (oral)</i>	62
BRAFTOVI	19	<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> ..	61
BREO ELLIPTA INH 100-25	81	CALQUENCE	19
BREO ELLIPTA INH 200-25	82	<i>camila</i>	54
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	81	<i>candesartan cilexetil</i>	29
BREZTRI AERO AER SPHERE	78	CAPLYTA	38
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	78	CAPRELSA	19
<i>briellyn</i>	54	<i>captopril</i>	27
BRILINTA	68	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25- 15 mg</i>	26
<i>brimonidine tartrate</i>	77	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25- 25 mg</i>	26
<i>brinzolamide</i>	77	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50- 15 mg</i>	26
BRIVIACT	40	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50- 25 mg</i>	26
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	76	<i>carb/levo orally disintegrating tab 10- 100mg</i>	37
<i>bromocriptine mesylate</i>	36	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25- 100mg</i>	37
BROMSITE	76	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25- 250mg</i>	37
BRONCHITOL.....	80	<i>carbamazepine</i>	41
BRUKINSA	19	<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i> 37	
<i>budesonide</i>	63, 64	<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i> 37	
<i>budesonide (inhalation)</i>	81	<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i> 37	
<i>bumetanide</i>	32	<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	37
<i>buprenorphine hcl</i>	48	<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	37
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	49	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	37
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	48	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	37
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	49	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	37
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	49	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	37
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	49	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	37
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	49	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	37
<i>bupropion hcl</i>	35	<i>carboplatin</i>	14
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> ...	49	<i>carglumic acid</i>	60
<i>bupirone hcl</i>	34	<i>carteolol hcl (ophth)</i>	77
<i>butorphanol tartrate</i>	3	<i>cartia xt</i>	32
BYDUREON BCISE	49		
BYETTA.....	50		
C			
<i>cabergoline</i>	60		
CABOMETYX	19		
<i>calcipotriene</i>	83		
<i>calcitonin (salmon) spray</i>	53		
<i>calcitrene</i>	83		

<i>carvedilol</i>	31	<i>citalopram hydrobromide</i>	35
<i>caspofungin acetate</i>	6	<i>claravis</i>	82
CAYSTON.....	4	<i>clarithromycin</i>	12
<i>cefaclor</i>	11	<i>clindamycin hcl</i>	4
CEFACLOR ER.....	11	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> ...	4
<i>cefadroxil</i>	11	<i>clindamycin phosphate</i>	4
CEFAZOLIN	11	<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	82
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML.....	11	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
<i>cefazolin sodium</i>	11	300 mg/50ml	5
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4% ...	11	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
<i>cefdinir</i>	11	600 mg/50ml	5
<i>cefepime hcl</i>	11	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
<i>cefixime</i>	11	900 mg/50ml	5
<i>cefoxitin sodium</i>	11	<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	66
<i>cefpodoxime proxetil</i>	11	CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML.....	5
<i>cefprozil</i>	11	CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML.....	5
<i>ceftazidime</i>	11	CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML.....	5
<i>ceftriaxone sodium</i>	11	CLINIMIX INJ 4.25/D10	75
<i>cefuroxime axetil</i>	11	CLINIMIX INJ 4.25/D5W	75
<i>cefuroxime sodium</i>	11	CLINIMIX INJ 5%/D15W	75
<i>celecoxib</i>	2	CLINIMIX INJ 5%/D20W	75
<i>cephalexin</i>	12	CLINIMIX INJ 6/5.....	75
CERDELGA	60	CLINIMIX INJ 8/10	75
CEREZYME	60	CLINIMIX INJ 8/14	75
<i>cetirizine hcl</i>	79	<i>clinisol sf 15%</i>	75
<i>chateal eq</i>	54	CLINOLIPID EMU 20%	75
CHEMET.....	54	<i>clobazam</i>	41
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>		<i>clobetasol propionate</i>	84
.....	86	<i>clobetasol propionate e</i>	84
<i>chloroquine phosphate</i>	7	<i>clomipramine hcl</i>	35
<i>chlorpromazine hcl</i>	38	<i>clonazepam</i>	41
<i>chlorthalidone</i>	32	<i>clonidine</i>	33
<i>cholestyramine</i>	30	<i>clonidine hcl</i>	33
<i>cholestyramine light</i>	30	<i>clopidogrel bisulfate</i>	68
<i>ciclopirox olamine</i>	83	<i>clorazepate dipotassium</i>	41
<i>cilostazol</i>	67	<i>clotrimazole</i>	86
CILOXAN.....	76	<i>clotrimazole (topical)</i>	83
CIMDUO TAB 300-300	9	<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i>	
<i>cinacalcet hcl</i>	60	1-0.05%	83
CIPRO	12	<i>clozapine</i>	38
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i> ..	12	COARTEM TAB 20-120MG	7
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i> ..	12	<i>colchicine</i>	2
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i>		<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500</i>	
0.3-0.1%	78	mg	2
<i>ciprofloxacin hcl</i>	12	<i>colesevelam hcl</i>	30
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	76	<i>colestipol hcl</i>	30
<i>cisplatin</i>	14	<i>colistimethate sodium</i>	5

COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	77	<i>dasetta 1/35</i>	54
COMBIVENT AER 20-100	78	<i>dasetta 7/7/7</i>	54
COMETRIQ (60MG DOSE)	19	DAURISMO	19
COMETRIQ KIT 100MG	19	DAYVIGO	46
COMETRIQ KIT 140MG	19	<i>deblitane</i>	54
COMPLERA TAB	9	<i>deferasirox</i>	54
<i>compro</i>	62	DELSTRIGO TAB	9
<i>constulose</i>	64	DENGVAIXIA SUS	72
COPIKTRA	19	DEPO-SUBQ PROVERA 104	54
CORLANOR	33	<i>depo-testosterone</i>	49
COTELLIC	19	DESCOVY TAB 120-15MG	9
CREON CAP 12000UNT	65	DESCOVY TAB 200/25MG	9
CREON CAP 24000UNT	65	<i>desipramine hcl</i>	35
CREON CAP 3000UNIT	65	<i>desmopressin acetate</i>	60
CREON CAP 36000UNT	65	<i>desmopressin acetate spray</i>	60
CREON CAP 6000UNIT	65	<i>desmopressin acetate spray</i>	
<i>cromolyn sodium</i>	80	<i>refrigerated</i>	60
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	64	<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab</i>	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	77	0.15-0.02/0.01 mg(21/5)	55
<i>cryselle-28</i>	54	<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15</i>	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	48	mg-30 mcg	55
<i>cyclophosphamide</i>	14	<i>desvenlafaxine succinate</i>	35
CYCLOPHOSPHAMIDE	14	<i>dexamethasone</i>	59
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR	15	DEXAMETHASONE INTENSOL	59
<i>cycloserine</i>	10	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	59
<i>cyclosporine</i>	71	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	
<i>cyclosporine modified (for</i>		<i>(ophth)</i>	76
<i>microemulsion)</i>	71	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	45
<i>cyproheptadine hcl</i>	79	<i>dextrose</i>	75
<i>cyred eq</i>	54	<i>dextrose 10% w/ sodium chloride</i>	
CYSTADROPS	78	0.45%	73
CYSTAGON	60	<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride</i>	
CYSTARAN	78	0.45%	73
<i>cytarabine</i>	15	<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	73
D		<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	
D10W/NAACL INJ 0.2%	73	73
D2.5W/NAACL INJ 0.45%	73	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i>	
D5W/LYTES INJ #48	73	0.225%	73
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	66	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	
<i>dalfampridine</i>	48	73
<i>danazol</i>	58	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	
<i>dantrolene sodium</i>	48	73
<i>dapsone</i>	5	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	
DAPTACEL INJ	72	73
<i>daptomycin</i>	5	DIACOMIT	41
DAPTOMYCIN	5	<i>diazepam</i>	41
<i>darunavir</i>	7	<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	41

<i>diazepam inj</i>	41	<i>doxycycline hyclate</i>	14
<i>diazepam intensol</i>	41	<i>dronabinol</i>	62
<i>diazoxide</i>	59	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-</i>	
<i>diclofenac potassium</i>	2	<i>0.02 mg</i>	55
<i>diclofenac sodium</i>	2	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-</i>	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	77	<i>0.03 mg</i>	55
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	85	DROXIA	67
<i>dicloxacillin sodium</i>	13	<i>droxidopa</i>	33
<i>dicyclomine hcl</i>	63	DULERA AER 100-5MCG	82
DIFICID	12	DULERA AER 200-5MCG	82
<i>diflunisal</i>	2	DULERA AER 50-5MCG.....	82
<i>digoxin</i>	33	<i>duloxetine hcl</i>	35
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	46	DUPIXENT	68
DILANTIN	41	<i>dutasteride</i>	65
DILANTIN-125	42	<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4</i>	
DILANTIN INFATABS	42	<i>mg</i>	65
<i>diltiazem hcl</i>	32	E	
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	32	<i>e.e.s. 400</i>	12
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	32	<i>ec-naproxen</i>	2
<i>dilt-xr</i>	32	EDURANT	7
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	72	<i>efavirenz</i>	8
<i>diphenhydramine hcl</i>	79	<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab</i>	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025</i>		<i>600-200-300 mg</i>	9
<i>mg/5ml</i>	64	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i>	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i>		<i>400-300-300 mg</i>	9
<i>0.025 mg</i>	64	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i>	
<i>dipyridamole</i>	68	<i>600-300-300 mg</i>	9
<i>disopyramide phosphate</i>	29	ELIGARD.....	16
<i>disulfiram</i>	49	<i>elinest</i>	55
<i>divalproex sodium</i>	42	ELIQUIS	66
<i>docetaxel</i>	17	ELIQUIS STARTER PACK	66
DOCETAXEL	18	ELLENCE.....	15
<i>dofetilide</i>	29	<i>eluryng</i>	55
<i>donepezil hydrochloride</i>	34	EMSAM	35
DOPTELET	67	<i>emtricitabine</i>	8
<i>dorzolamide hcl</i>	77	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i>	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth</i>		<i>fumarate tab 100-150 mg</i>	9
<i>soln 2-0.5%</i>	77	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i>	
<i>dotti</i>	58	<i>fumarate tab 133-200 mg</i>	9
DOVATO TAB 50-300MG	9	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i>	
<i>doxazosin mesylate</i>	27	<i>fumarate tab 167-250 mg</i>	9
<i>doxepin hcl</i>	35	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i>	
<i>doxepin hcl (sleep)</i>	46	<i>fumarate tab 200-300 mg</i>	9
<i>doxorubicin hcl</i>	15	EMTRIVA	8
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	15	EMVERM	5
<i>doxy 100</i>	14	<i>enalapril maleate</i>	27
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	14		

<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 10-25 mg</i>	26	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	12
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 5-12.5 mg</i>	26	<i>erythromycin lactobionate</i>	12
ENBREL	68	<i>escitalopram oxalate</i>	35
ENBREL MINI.....	68	<i>esomeprazole magnesium</i>	65
ENBREL SURECLICK	68	<i>estarylla</i>	55
ENDARI	67	<i>estradiol</i>	58
<i>endocet tab 10-325mg</i>	3	<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i> <i>0.5-0.1 mg</i>	58
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	3	<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i> <i>1-0.5 mg</i>	58
<i>endocet tab 5-325mg</i>	3	<i>estradiol vaginal</i>	58
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	3	<i>estradiol valerate</i>	58
ENGERIX-B	72	<i>ethambutol hcl</i>	10
<i>enilloring</i>	55	<i>ethosuximide</i>	42
<i>enoxaparin sodium</i>	66	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol</i> <i>tab 1 mg-35 mcg</i>	55
<i>enpresse-28</i>	55	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol</i> <i>tab 1 mg-50 mcg</i>	55
<i>enskyce</i>	55	<i>etodolac</i>	2
ENSTILAR AER.....	84	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring</i> <i>0.12-0.015 mg/24hr</i>	55
<i>entacapone</i>	37	<i>etoposide</i>	18
<i>entecavir</i>	10	<i>etravirine</i>	8
ENTRESTO TAB 24-26MG	28	EULEXIN	16
ENTRESTO TAB 49-51MG	28	<i>euthyrox</i>	62
ENTRESTO TAB 97-103MG	28	<i>everolimus</i>	19
<i>enulose</i>	64	<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	71
EPCLUSA PAK 150-37.5	10	EVOTAZ TAB 300-150	9
EPCLUSA PAK 200-50MG.....	10	<i>exemestane</i>	16
EPCLUSA TAB 200-50MG.....	10	EXKIVITY	20
EPCLUSA TAB 400-100	10	EYSUVIS	77
EPIDIOLEX	42	<i>ezetimibe</i>	30
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	33, 80	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	30
<i>epitol</i>	42	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	30
<i>eplerenone</i>	27	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	30
EPRONTIA.....	42	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	30
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	46	F	
ERIVEDGE.....	19	FABRAZYME	60
ERLEADA	16	<i>falmina</i>	55
<i>erlotinib hcl</i>	19	<i>famciclovir</i>	10
<i>errin</i>	55	<i>famotidine</i>	63
<i>ertapenem sodium</i>	5	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20</i> <i>mg/50ml</i>	63
<i>ery</i>	82	FANAPT	38
<i>ery-tab</i>	12	FANAPT PAK	38
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	12	FARXIGA.....	50
<i>erythrocin stearate</i>	12	FASENRA	80
<i>erythromycin (acne aid)</i>	82		
<i>erythromycin (ophth)</i>	76		
<i>erythromycin base</i>	12		

FASENRA PEN.....	80	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>	
<i>felbamate</i>	42	500-50 mcg/act	82
<i>felodipine</i>	32	<i>flvoxamine maleate</i>	34
<i>fenofibrate</i>	30	<i>fondaparinux sodium</i>	66
<i>fenofibrate micronized</i>	30	<i>fosamprenavir calcium</i>	8
<i>fentanyl</i>	2	<i>fosinopril sodium</i>	27
<i>fentanyl citrate</i>	3	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i>	
FETZIMA	35	<i>tab 10-12.5 mg</i>	27
FETZIMA CAP TITRATIO	35	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i>	
FIASP	52	<i>tab 20-12.5 mg</i>	27
FIASP FLEXTOUCH	52	FOTIVDA.....	20
FIASP PENFILL.....	52	FRUZAQLA	20
FIASP PUMPCART	52	<i>fulvestrant</i>	16
<i>finasteride</i>	65	<i>furosemide</i>	32
<i> fingolimod hcl</i>	48	<i>furosemide inj</i>	32
FINTEPLA	42	FUZEON	8
FIRMAGON	16	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	58
<i>flac</i>	78	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	59
FLAREX.....	77	FYCOMPA.....	42
FLEBOGAMMA DIF	70	G	
<i>flecainide acetate</i>	29	<i>gabapentin</i>	42
<i>fluconazole</i>	6	<i>galantamine hydrobromide</i>	34
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200</i>		GAMASTAN INJ	70
<i>mg/100ml</i>	6	GAMMAGARD LIQUID	70
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400</i>		GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	70
<i>mg/200ml</i>	6	GAMMAKED.....	70
<i>flucytosine</i>	6	GAMMAPLEX.....	70
<i>fludrocortisone acetate</i>	59	GAMUNEX-C	70
<i>flunisolide (nasal)</i>	81	<i>ganciclovir sodium</i>	10
<i>fluocinolone acetonide</i>	84	GARDASIL 9 INJ	72
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	78	<i>gatifloxacin (ophth)</i>	76
<i>fluocinonide</i>	84	GATTEX	64
<i>fluocinonide emulsified base</i>	84	GAUZE PADS 2	52
<i>fluorometholone (ophth)</i>	77	<i>gavilyte-c</i>	64
<i>fluorouracil</i>	15	<i>gavilyte-g</i>	64
<i>fluorouracil (topical)</i>	85	GAVRETO.....	20
<i>fluoxetine hcl</i>	35, 36	<i>gefitinib</i>	20
<i>fluphenazine decanoate</i>	38	<i>gemcitabine hcl</i>	15
<i>fluphenazine hcl</i>	38	<i>gemfibrozil</i>	30
<i>flurbiprofen</i>	2	GEMTESA.....	66
<i>flurbiprofen sodium</i>	77	<i>generlac</i>	64
<i>fluticasone propionate</i>	84	<i>gengraf</i>	71
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	81	GENOTROPIN	60
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>		GENOTROPIN MINIQUICK.....	60
100-50 mcg/act	82	<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	5
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>		<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	5
250-50 mcg/act	82	<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	5

<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	5	HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	66
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	5	HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	66
<i>gentamicin sulfate</i>	5	HEP SOD/NAACL INJ 12500UNT	66
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	76	HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	66
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	82	HERCEP HYLEC SOL 60-10000	20
GENVOYA TAB	9	HERCEPTIN	20
GILOTRIF	20	HERZUMA	20
<i>glatiramer acetate</i>	48	HIBERIX	72
<i>glatopa</i>	48	HUMIRA	68
GLEOSTINE	15	HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	68
<i>glimepiride</i>	50	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D	68
<i>glipizide</i>	50	HUMIRA PEN	69
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	50	HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	69
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	50	HUMIRA PEN KIT PS/UV	69
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	50	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S	69
<i>glipizide xl</i>	50	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER.....	69
<i>glycopyrrolate</i>	63	HUMULIN R U-500 (CONCENTR	52
<i>glydo</i>	84	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	52
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	50	<i>hydralazine hcl</i>	33
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	50	<i>hydrochlorothiazide</i>	32
<i>granisetron hcl</i>	62, 63	<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5- 325 mg/15ml</i>	3
<i>griseofulvin microsize</i>	7	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10- 325 mg</i>	3
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	7	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	3
<i>guanfacine hcl</i>	33	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5- 325 mg</i>	3
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	45, 46	<i>hydrocodone bitartrate</i>	2
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	59	<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	3
GVOKE KIT.....	60	<i>hydrocortisone</i>	59
GVOKE PFS	60	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	64
H		<i>hydrocortisone (rectal)</i>	85
HAEGARDA.....	67	<i>hydrocortisone (topical)</i>	84
<i>hailey 1.5/30</i>	55	<i>hydromorphone hcl</i>	3
<i>halobetasol propionate</i>	84	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	70
<i>haloette</i>	55	<i>hydroxyurea</i>	17
<i>haloperidol</i>	38	<i>hydroxyzine hcl</i>	79
<i>haloperidol decanoate</i>	38	<i>hydroxyzine pamoate</i>	79
<i>haloperidol lactate</i>	38	HYSINGLA ER.....	3
HARVONI PAK 33.75-150MG	10	I	
HARVONI PAK 45-200MG	10	<i>ibandronate sodium</i>	53
HARVONI TAB 45-200MG	10	IBRANCE.....	20
HARVONI TAB 90-400MG	10	<i>ibu</i>	2
HAVRIX	72	<i>ibuprofen</i>	2
<i>heather</i>	55	<i>icatibant acetate</i>	67
HEPARIN/NAACL INJ 25000UNT	67		
<i>heparin sodium (porcine)</i>	67		
HEPLISAV-B	72		

<i>iclevia</i>	55	ISENTRESS HD.....	8
ICLUSIG	20	<i>isibloom</i>	55
IDACIO (2 PEN)	69	ISOLYTE-P INJ /D5W	73
IDACIO (2 SYRINGE)	69	ISOLYTE-S INJ.....	73
IDACIO CROHN INJ DISEASE.....	69	ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	73
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS.....	69	<i>isoniazid</i>	10
IDHIFA	20	<i>isosorbide dinitrate</i>	33
<i>imatinib mesylate</i>	20	<i>isosorbide mononitrate</i>	33
IMBRUVICA	20	<i>isotretinoin</i>	82
<i>imipenem-cilastatin intravenous for</i>		<i>itraconazole</i>	7
<i>soln 250 mg</i>	5	<i>ivermectin</i>	5
<i>imipenem-cilastatin intravenous for</i>		IWILFIN.....	17
<i>soln 500 mg</i>	5	IXCHIQ INJ	72
<i>imipramine hcl</i>	36	IXIARO INJ.....	72
<i>imiquimod</i>	85	J	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	72	JAKAFI	21
INBRIJA.....	37	<i>jantoven</i>	67
<i>incassia</i>	55	JANUMET TAB 50-1000	50
INCRELEX	60	JANUMET TAB 50-500MG	50
INCRUSE ELLIPTA	78	JANUMET XR TAB 100-1000.....	50
<i>indapamide</i>	32	JANUMET XR TAB 50-1000	50
INFANRIX INJ	72	JANUMET XR TAB 50-500MG.....	50
INFLIXIMAB.....	69	JANUVIA.....	50
INLYTA	20	JARDIANCE	50
INQOVI TAB 35-100MG.....	15	<i>jasmiel</i>	55
INREBIC	20	<i>javygtor</i>	60
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO ...	52	JAYPIRCA.....	21
INSULIN SAFETY NEEDLES	52	JENTADUETO TAB 2.5-1000.....	50
INSULIN SYRINGES: BD.....	52	JENTADUETO TAB 2.5-500	50
INTELENCE	8	JENTADUETO TAB 2.5-850	50
INTRALIPID.....	75	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG ...	50
<i>introvale</i>	55	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	50
INVEGA HAFYERA.....	39	<i>jinteli</i>	59
INVEGA SUSTENNA	39	<i>jolessa</i>	55
INVEGA TRINZA.....	39	<i>juleber</i>	55
IPOL INJ INACTIVE.....	72	JULUCA TAB 50-25MG	9
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-</i>		<i>junel 1/20</i>	55
<i>2.5(3) mg/3ml</i>	78	<i>junel 1.5/30</i>	55
<i>ipratropium bromide</i>	78	<i>junel fe 1/20</i>	55
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	79	<i>junel fe 1.5/30</i>	55
<i>irbesartan</i>	29	JYNNEOS	72
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i>		K	
<i>150-12.5 mg</i>	28	KADCYLA	21
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i>		KALYDECO	80
<i>300-12.5 mg</i>	28	KANJINTI	21
<i>irinotecan hcl</i>	17	<i>kariva</i>	55
ISENTRESS	8	KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....	74

<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	73	KRAZATI	21
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	73	<i>kurvelo</i>	55
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	73	L	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	73	<i>labetalol hcl</i>	31
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	73	<i>lacosamide</i>	42
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	73	<i>lacosamide oral</i>	42
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	73	<i>lactated ringer's solution</i>	74
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	73	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	85
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	74	<i>lactulose</i>	64
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	74	<i>lactulose (encephalopathy)</i>	64
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	74	<i>lamivudine</i>	8
<i>kelnor 1/35</i>	55	<i>lamivudine (hbv)</i>	10
<i>kelnor 1/50</i>	55	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	9
KERENDIA	27	<i>lamotrigine</i>	42
KESIMPTA	48	<i>lansoprazole</i>	65
<i>ketoconazole</i>	7	<i>lanthanum carbonate</i>	61
<i>ketoconazole (topical)</i>	83	LANTUS	52
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	77	LANTUS SOLOSTAR	52
KEVZARA	69	<i>lapatinib ditosylate</i>	21
KEYTRUDA	21	<i>larin 1/20</i>	56
KINRIX INJ	72	<i>larin 1.5/30</i>	55
KISQALI 200 DOSE	21	<i>larin fe 1/20</i>	56
KISQALI 200 PAK FEMARA	17	<i>larin fe 1.5/30</i>	56
KISQALI 400 DOSE	21	<i>latanoprost</i>	77
KISQALI 400 PAK FEMARA	17	<i>leena</i>	56
KISQALI 600 DOSE	21	<i>leflunomide</i>	70
KISQALI 600 PAK FEMARA	17	<i>lenalidomide</i>	17
<i>klayesta</i>	83	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	21
<i>klor-con</i>	74	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	21
<i>klor-con 10</i>	74	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	21
<i>klor-con 8</i>	74	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	21
<i>klor-con m10</i>	74	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	21
<i>klor-con m15</i>	74	LENVIMA CAP 14 MG	21
<i>klor-con m20</i>	74	LENVIMA CAP 18 MG	21
KORLYM	60	LENVIMA CAP 24 MG	21
KOSELUGO	21	<i>lessina</i>	56
<i>kourzeq</i>	86	<i>letrozole</i>	16
		<i>leucovorin calcium</i>	26
		LEUKERAN	15
		<i>leuprolide acetate</i>	16
		<i>levalbuterol hcl</i>	79
		<i>levalbuterol tartrate</i>	79
		<i>levetiracetam</i>	42
		<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	42

<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	43	<i>loestrin 1/20-21</i>	56
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	42	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	56
<i>levobunolol hcl</i>	77	<i>loestrin fe 1/20</i>	56
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> ...	60	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	56
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	79	LOKELMA	54
<i>levofloxacin</i>	12	LONSURF TAB 15-6.14.....	15
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250</i> mg/50ml	12	LONSURF TAB 20-8.19.....	15
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500</i> mg/100ml	12	<i>loperamide hcl</i>	64
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750</i> mg/150ml	12	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100</i> mg/5ml (80-20 mg/ml).....	9
<i>levonest</i>	56	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	9
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-</i> <i>day) tab 0.15-0.03 mg</i>	56	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	9
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i> 0.15 mg-30 mcg	56	<i>lorazepam</i>	34
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i> 0.1 mg-20 mcg	56	<i>lorazepam intensol</i>	34
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-</i> 30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	56	LORBRENA	21
<i>levora 0.15/30-28</i>	56	<i>loryna</i>	56
<i>levo-t</i>	62	<i>losartan potassium</i>	29
<i>levothyroxine sodium</i>	62	<i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	28
<i>levoxyl</i>	62	<i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> 28	
LEXIVA.....	8	<i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	28
<i>lidocaine</i>	85	LOTEMAX	77
<i>lidocaine hcl</i>	85	<i>loteprednol etabonate</i>	77
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	4	<i>lovastatin</i>	30
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	86	<i>low-ogestrel</i>	56
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	85	<i>loxapine succinate</i>	39
<i>lidocan</i>	85	LUMAKRAS	22
<i>linezolid</i>	5	LUMIGAN	77
LINEZOLID INJ 2MG/ML.....	5	LUMIZYME	60
LINZESS	64	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	16
<i>liothyronine sodium</i>	62	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	16
<i>lisinopril</i>	27	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH	60
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-</i> 12.5 mg	27	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH	60
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> 12.5 mg	27	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH	60
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> 25 mg.....	27	<i>lurasidone hcl</i>	39
<i>lithium</i>	47	<i>lutura</i>	56
<i>lithium carbonate</i>	47	<i>lyleq</i>	56
		<i>lyllana</i>	59
		LYNPARZA.....	22
		LYSODREN	16
		LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	22
		LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	22
		LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	22

<i>lyza</i>	56	<i>metolazone</i>	33
M		<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>magnesium sulfate</i>	74	100-25 mg	31
MAGNESIUM SULFATE	74	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv</i>		100-50 mg	31
<i>soln 1 gm/100ml</i>	74	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>malathion</i>	85	50-25 mg.....	31
<i>maraviroc</i>	8	<i>metoprolol succinate</i>	31
<i>marlissa</i>	56	<i>metoprolol tartrate</i>	31
MARPLAN	36	<i>metronidazole</i>	5
MATULANE	17	<i>metronidazole (topical)</i>	85
MAVYRET PAK 50-20MG	10	<i>metronidazole vaginal</i>	66
MAVYRET TAB 100-40MG	10	<i>metyrosine</i>	33
<i>meclizine hcl</i>	63	MG SO4/D5W INJ 10MG/ML.....	74
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	61	<i>micafungin sodium</i>	7
<i>medroxyprogesterone acetate</i>		<i>microgestin 1/20</i>	56
<i>(contraceptive)</i>	56	<i>microgestin 1.5/30</i>	56
<i>mefloquine hcl</i>	7	<i>microgestin fe 1/20</i>	56
<i>megestrol acetate</i>	16, 61	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	56
<i>megestrol acetate (appetite)</i>	61	<i>midodrine hcl</i>	33
MEKINIST	22	MIEBO	78
MEKTOVI	22	<i>mifepristone (hyperglycemia)</i>	60
<i>meloxicam</i>	2	<i>miglustat</i>	60
<i>memantine hcl</i>	34	<i>mili</i>	56
MENACTRA INJ	72	<i>mimvey</i>	59
MENQUADFI INJ.....	72	<i>minocycline hcl</i>	14
MENVEO INJ.....	72	<i>minoxidil</i>	33
MENVEO SOL.....	72	<i>mirtazapine</i>	36
<i>mercaptapurine</i>	15	<i>misoprostol</i>	64
<i>meropenem</i>	5	MITIGARE	2
<i>mesalamine</i>	64	M-M-R II INJ	72
<i>mesalamine w/ cleanser</i>	64	M-NATAL PLUS TAB	74
MESNEX.....	26	<i>modafinil</i>	48
<i>metformin hcl</i>	50	<i>moexipril hcl</i>	27
<i>methadone hcl</i>	3	<i>molindone hcl</i>	39
<i>methadone hydrochloride i</i>	3	<i>mometasone furoate</i>	84
<i>methazolamide</i>	33	MONJUVI	22
<i>methenamine hippurate</i>	5	<i>mono-lynyah</i>	56
<i>methimazole</i>	62	<i>montelukast sodium</i>	80
<i>methotrexate sodium</i>	15, 70	<i>morphine sulfate</i>	3, 4
<i>methsuximide</i>	43	MORPHINE SULFATE.....	3
<i>methylphenidate hcl</i>	46	MORPHINE SULFATE/SODIUM C.....	4
<i>methylprednisolone</i>	59	MOUNJARO	50
<i>methylprednisolone acetate</i>	59	MOVANTIK	64
<i>methylprednisolone sod succ</i>	59	<i>moxifloxacin hcl</i>	12
<i>methyltestosterone</i>	49	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	76
<i>metoclopramide hcl</i>	63		

<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	12	<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	75
MULTAQ.....	29	NERLYNX	22
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	74	NEUPRO.....	37
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	74	<i>nevirapine</i>	8
<i>mupirocin</i>	82	NEXAVAR.....	22
<i>mycophenolate mofetil</i>	71	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	30
<i>mycophenolate sodium</i>	71	<i>nicardipine hcl</i>	32
MYRBETRIQ.....	66	NICOTROL INHALER	49
N		NICOTROL NS.....	49
<i>nabumetone</i>	2	<i>nifedipine</i>	32
<i>nadolol</i>	31	<i>nikki</i>	56
<i>nafcillin sodium</i>	13	<i>nilutamide</i>	16
NAGLAZYME	60	<i>nimodipine</i>	32
<i>nalbuphine hcl</i>	4	NINLARO	22
<i>naloxone hcl</i>	49	<i>nitazoxanide</i>	5
<i>naltrexone hcl</i>	49	<i>nitisinone</i>	61
NAMZARIC CAP 14-10MG	34	NITRO-BID.....	33
NAMZARIC CAP 21-10MG	35	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	6
NAMZARIC CAP 28-10MG	35	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	6
NAMZARIC CAP 7-10MG.....	34	<i>nitroglycerin</i>	34
NAMZARIC CAP PACK	35	<i>nitroglycerin (intra-anal)</i>	85
<i>naproxen</i>	2	<i>nizatidine</i>	63
<i>naproxen sodium</i>	2	<i>nora-be</i>	56
<i>naratriptan hcl</i>	46	<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	56
NATACYN	76	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	56
<i>nateglinide</i>	50	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	57
NATPARA	53	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	57
NAYZILAM.....	43	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	57
<i>nebivolol hcl</i>	31	<i>norethindrone acetate</i>	61
<i>necon 0.5/35-28</i>	56	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	59
<i>nefazodone hcl</i>	36	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	59
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i> 76		<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	57
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i> ..76		<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	57
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	75	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	57
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	75	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	57
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i> ..76		<i>norlyroc</i>	57
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i> 78		NORPACE CR.....	29
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	78		
<i>neomycin sulfate</i>	5		
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	76		

<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	57	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	57	<i>hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5</i>	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	57	<i>mg</i>	28
<i>nortrel 7/7/7</i>	57	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>nortriptyline hcl</i>	36	<i>hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	
NORVIR.....	8	28
NOVOLIN INJ 70/30	52	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NOVOLIN INJ 70/30 FP	52	<i>hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5</i>	
NOVOLIN N	52	<i>mg</i>	28
NOVOLIN N FLEXPEN	52	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NOVOLIN R	52	<i>hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	
NOVOLIN R FLEXPEN	52	28
NOVOLOG MIX INJ 70/30	52	<i>olmesartan medoxomil</i>	29
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	52	<i>olmesartan medoxomil-</i>	
NUBEQA	16	<i>hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	
NUDEXTA CAP 20-10MG	47	28
NULOJIX	71	<i>olmesartan medoxomil-</i>	
NUPLAZID	39	<i>hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	
NURTEC.....	46	28
NUTRILIPID.....	75	<i>olmesartan medoxomil-</i>	
NUZYRA.....	14	<i>hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> .	28
<i>nyamyc</i>	83	<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> .	30
<i>nylia 1/35</i>	57	<i>omeprazole</i>	65
<i>nylia 7/7/7</i>	57	OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	52
NYMALIZE	32	OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	52
<i>nymyo</i>	57	OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	52
<i>nystatin</i>	7	OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	52
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	86	OMNIPOD DASH KIT INTRO	52
<i>nystatin (topical)</i>	83	OMNIPOD DASH MIS PODS	52
<i>nystop</i>	83	OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	52
●		OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	53
<i>ocella</i>	57	OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	53
OCTAGAM	70	OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	53
<i>octreotide acetate</i>	61	OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	53
ODEFSEY TAB.....	9	OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	53
ODOMZO	22	OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	53
OFEV	80	OMNIPOD MIS CLASSIC	53
<i>ofloxacin (ophth)</i>	76	<i>ondansetron</i>	63
<i>ofloxacin (otic)</i>	78	<i>ondansetron hcl</i>	63
OGIVRI.....	22	ONTRUZANT	22
OGIVRI INJ 420MG.....	22	ONUREG	15
OGSIVEO	22	OPSUMIT	34
OJJAARA	22	ORGOVYX	16
<i>olanzapine</i>	39	ORKAMBI GRA 100-125	80
<i>olmesartan-amlodipine-</i>		ORKAMBI GRA 150-188	80
<i>hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5</i>		ORKAMBI GRA 75-94MG	80
<i>mg</i>	28	ORKAMBI TAB 100-125.....	80

ORKAMBI TAB 200-125.....	80	<i>pemetrexed disodium</i>	15
ORSERDU	16	PENBRAYA INJ	72
<i>oseltamivir phosphate</i>	10	PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML.....	13
OTEZLA	69	PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML.....	13
OTEZLA TAB 10/20/30.....	69	<i>penicillamine</i>	54
<i>oxacillin sodium</i>	13	<i>penicillin g potassium</i>	13
<i>oxaliplatin</i>	15	<i>penicillin g sodium</i>	13
<i>oxcarbazepine</i>	43	<i>penicillin v potassium</i>	14
<i>oxybutynin chloride</i>	66	PENTACEL INJ	72
<i>oxycodone hcl</i>	4	<i>pentamidine isethionate inh</i>	6
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	4	<i>pentamidine isethionate inj</i>	6
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	4	<i>pentoxifylline</i>	67
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	4	<i>perindopril erbumine</i>	27
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	4	<i>periogard</i>	86
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	51	<i>permethrin</i>	85
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)....	51	<i>perphenazine</i>	39
OZEMPIC (1MG/DOSE)	51	PERSERIS	39
OZEMPIC (2MG/DOSE)	51	<i>pfizerpen</i>	14
P		<i>phenelzine sulfate</i>	36
<i>pacerone</i>	29	<i>phenobarbital</i>	43
<i>paclitaxel</i>	18	<i>phenobarbital sodium</i>	43
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	18	<i>phenytek</i>	43
<i>paliperidone</i>	39	<i>phenytoin</i>	43
<i>pamidronate disodium</i>	53	<i>phenytoin sodium</i>	43
PAMIDRONATE DISODIUM.....	53	<i>phenytoin sodium extended</i>	43
PANRETIN	85	PHESGO SOL.....	22
<i>pantoprazole sodium</i>	65	<i>philith</i>	57
PANZYGA	71	PIFELTRO	8
<i>paraplatin</i>	15	<i>pilocarpine hcl</i>	77
<i>paricalcitol</i>	62	<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	86
<i>paroxetine hcl</i>	36	<i>pimozide</i>	39
PAXLOVID TAB 150-100.....	10	<i>pimtrea</i>	57
PAXLOVID TAB 300-100.....	11	<i>pindolol</i>	31
<i>pazopanib hcl</i>	22	<i>pioglitazone hcl</i>	51
PEDIARIX INJ 0.5ML.....	72	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	51
PEDVAX HIB.....	72	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	51
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	64	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	14
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	64	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	14
PEGASYS	11	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	14
PEMAZYRE	22	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	14

<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>		PRENATAL TAB PLUS	75
40.5 gm (36-4.5 gm).....	14	<i>prevalite</i>	30
PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	23	PREVYMIS	11
PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	23	PREZCOBIX TAB 800-150.....	9
PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	23	PREZISTA	8
<i>pirfenidone</i>	80	PRIFTIN	10
<i>piroxicam</i>	2	<i>primaquine phosphate</i>	7
PLASMA-LYTE INJ -148	74	PRIMAQUINE PHOSPHATE	7
PLASMA-LYTE INJ -A.....	74	<i>primidone</i>	43
<i>plenamine</i>	75	PRIORIX INJ.....	72
PLENVU SOL.....	64	PRIVIGEN	71
<i>podofilox</i>	85	<i>probenecid</i>	2
<i>polycin ophth oint</i>	76	<i>prochlorperazine</i>	63
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln</i>		<i>prochlorperazine edisylate</i>	63
10000 unit/ml-0.1%	76	<i>prochlorperazine maleate</i>	63
POMALYST	17	PROCRIT.....	67
<i>portia-28</i>	57	<i>procto-med hc</i>	85
<i>posaconazole</i>	7	<i>proctosol hc</i>	85
<i>potassium chloride</i>	74, 75	<i>proctozone-hc</i>	85
POTASSIUM CHLORIDE.....	74	<i>progesterone</i>	62
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%)</i>		PROGRAF.....	71
<i>in dextrose 5% inj</i>	74	PROLASTIN-C	80
<i>potassium chloride microencapsulated</i>		PROLENSA	77
<i>crystals er</i>	75	PROLIA	53
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	66	PROMACTA	67, 68
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ		<i>promethazine hcl</i>	63
.....	74	<i>propafenone hcl</i>	29
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ		<i>proparacaine hcl</i>	78
.....	74	<i>propranolol hcl</i>	31
POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ		<i>propylthiouracil</i>	62
.....	74	PROQUAD INJ.....	72
PRADAXA	67	PROSOL INJ 20%	75
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	37	<i>protriptyline hcl</i>	36
<i>prasugrel hcl</i>	68	PULMOZYME	80
<i>pravastatin sodium</i>	30	PURIXAN.....	15
<i>praziquantel</i>	6	<i>pyrazinamide</i>	10
<i>prazosin hcl</i>	27	<i>pyridostigmine bromide</i>	47
<i>prednisolone</i>	59	Q	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	77	QINLOCK	23
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP.....	77	QUADRACEL INJ.....	72
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	59	QUADRACEL INJ 0.5ML	72
<i>prednisone</i>	59	<i>quetiapine fumarate</i>	39
PREDNISONE INTENSOL	59	<i>quinapril hcl</i>	27
<i>pregabalin</i>	43	<i>quinidine sulfate</i>	29
PREHEVBRIO	72	<i>quinine sulfate</i>	7
PREMASOL SOL 10%	75	QULIPTA	46
PRENATAL TAB 27-1MG	75		

R	
RABAVERT INJ	72
<i>raloxifene hcl</i>	61
<i>ramipril</i>	27
<i>ranolazine</i>	33
<i>rasagiline mesylate</i>	37
RAYALDEE.....	62
<i>reclipsen</i>	57
RECOMBIVAX HB	72
RECTIV	85
REGRANEX.....	85
RELENZA DISKHALER	11
RELISTOR	65
REMICADE	69
RENFLEXIS.....	69
<i>repaglinide</i>	51
REPATHA	30
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	30
REPATHA SURECLICK	31
RESTASIS	78
RESTASIS MULTIDOSE.....	78
RETEVMO.....	23
REVLIMID	17
REXULTI	39
REYATAZ	8
REZLIDHIA.....	23
REZUROCK.....	71
RHOPRESSA	77
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	11
<i>rifabutin</i>	10
<i>rifampin</i>	10
<i>riluzole</i>	47
<i>rimantadine hydrochloride</i>	11
RINVOQ.....	69
<i>risperidone</i>	40
<i>risperidone microspheres</i>	40
<i>ritonavir</i>	8
<i>rivastigmine</i>	35
<i>rivastigmine tartrate</i>	35
<i>rizatriptan benzoate</i>	47
ROCKLATAN DRO	77
<i>roflumilast</i>	81
<i>ropinirole hydrochloride</i>	37
<i>rosuvastatin calcium</i>	30
ROTARIX SUS.....	72
ROTATEQ SOL	72
<i>roweepra</i>	43
ROZLYTREK.....	23
RUBRACA.....	23
<i>rufinamide</i>	43
RUKOBIA	8
RYBELSUS.....	51
RYDAPT	23
S	
<i>sajazir</i>	68
SANDIMMUNE.....	71
SANTYL	86
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	61
SCEMBLIX.....	23
<i>scopolamine</i>	63
SECUADO	40
<i>selegiline hcl</i>	37
<i>selenium sulfide</i>	83
SELZENTRY.....	8
SEREVENT DISKUS.....	79
<i>sertraline hcl</i>	36
<i>setlakin</i>	57
<i>sevelamer carbonate</i>	61
<i>sharobel</i>	57
SHINGRIX	72
SIGNIFOR	61
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i>	34
<i>silver sulfadiazine</i>	83
SIMBRINZA SUS 1-0.2%.....	77
<i>simliya</i>	57
<i>simvastatin</i>	30
<i>sirolimus</i>	71
SIRTURO	10
SIVEXTRO.....	6
SKYRIZI.....	69
SKYRIZI PEN	69
<i>sodium chloride</i>	74
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	86
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	75
SODIUM OXYBATE.....	48
<i>sodium phenylbutyrate</i>	61
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	54
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	64
<i>solifenacin succinate</i>	66
SOLIQUA INJ 100/33	53

SOLTAMOX.....	16	SYMTUZA TAB	9
SOLU-CORTEF	59	SYNAREL	58
SOMATULINE DEPOT	61	SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	51
SOMAVERT.....	61	SYNJARDY TAB 12.5-500.....	51
<i>sorafenib tosylate</i>	23	SYNJARDY TAB 5-1000MG.....	51
<i>sorine</i>	29	SYNJARDY TAB 5-500MG.....	51
<i>sotalol hcl</i>	30	SYNJARDY XR TAB 10-1000.....	51
<i>sotalol hcl (afib/afI)</i>	30	SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	51
<i>spironolactone</i>	27	SYNJARDY XR TAB 25-1000.....	51
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>		SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	51
<i>tab 25-25 mg</i>	33	SYNTHROID	62
<i>sprintec 28</i>	57	T	
SPRITAM.....	43	TABLOID.....	15
SPRYCEL.....	23	TABRECTA.....	23
<i>sps</i>	54	<i>tacrolimus</i>	71
<i>sronyx</i>	57	<i>tacrolimus (topical)</i>	85
<i>ssd</i>	83	TAFINLAR	23, 24
STELARA.....	70	TAGRISSO	24
STIVARGA.....	23	TALTZ	70
<i>streptomycin sulfate</i>	6	TALZENNA	24
STRIBILD TAB	9	<i>tamoxifen citrate</i>	16
<i>subvenite</i>	43	<i>tamsulosin hcl</i>	65
<i>sucralfate</i>	65	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	57
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	82	TASIGNA	24
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	76	<i>tasimelteon</i>	46
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone</i>		<i>tazarotene</i>	83
<i>ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	76	<i>tazicef</i>	12
<i>sulfadiazine</i>	6	TAZORAC.....	83
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i>		<i>taztia xt</i>	32
<i>400-80 mg/5ml</i>	6	TAZVERIK	24
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i>		TDVAX INJ 2-2 LF	73
<i>200-40 mg/5ml</i>	6	TECENTRIQ.....	24
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>		TEFLARO.....	12
<i>400-80 mg</i>	6	<i>telmisartan</i>	29
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>		<i>temazepam</i>	46
<i>800-160 mg</i>	6	TENIVAC INJ 5-2LF.....	73
SULFAMYLON	83	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	8
<i>sulfasalazine</i>	64	TEPMETKO	24
<i>sulindac</i>	2	<i>terazosin hcl</i>	27
<i>sumatriptan</i>	47	<i>terbinafine hcl</i>	7
<i>sumatriptan succinate</i>	47	<i>terbutaline sulfate</i>	79
<i>sunitinib malate</i>	23	<i>terconazole vaginal</i>	66
SUNLENCA.....	8	TERIPARATIDE.....	53
<i>syeda</i>	57	<i>testosterone</i>	49
SYMDEKO TAB 100-150	81	<i>testosterone cypionate</i>	49
SYMDEKO TAB 50-75MG	81	<i>testosterone enanthate</i>	49
SYMPAZAN	44	<i>tetrabenazine</i>	47

<i>tetracycline hcl</i>	14	TRESIBA	53
THALOMID	17	TRESIBA FLEXTOUCH	53
<i>theophylline</i>	81	<i>tretinoin</i>	82
<i>thioridazine hcl</i>	40	<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	17
<i>thiothixene</i>	40	<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	86
<i>tiadylt er</i>	32	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	84
<i>tiagabine hcl</i>	44	<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg	33
TIBSOVO	24	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg	33
TICOVAC.....	73	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg.....	33
<i>tigecycline</i>	14	<i>trientine hcl</i>	54
<i>tilia fe</i>	57	<i>tri-estarylla</i>	57
<i>timolol maleate</i>	31	<i>trifluoperazine hcl</i>	40
<i>timolol maleate (ophth)</i>	77	<i>trifluridine</i>	76
<i>tinidazole</i>	6	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	37
TIVICAY	8	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5- 1000MG	51
TIVICAY PD	8	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5- 1000MG	51
<i>tizanidine hcl</i>	48	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5- 1000MG	51
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	76	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5- 1000MG	51
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05.....	76	TRIKAFTA PAK 59.5MG	81
<i>tobramycin</i>	6	TRIKAFTA PAK 75MG	81
<i>tobramycin (ophth)</i>	76	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	81
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp</i> 0.3-0.1%	76	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	81
<i>tobramycin sulfate</i>	6	<i>tri-legend fe</i>	57
<i>tolterodine tartrate</i>	66	<i>tri-lynyah</i>	57
<i>topiramate</i>	44	<i>tri-lo-estarylla</i>	57
<i>toremifene citrate</i>	16	<i>tri-lo-marzia</i>	57
<i>torseamide</i>	33	<i>tri-lo-mili</i>	57
TOUJEO MAX SOLOSTAR	53	<i>tri-lo-sprintec</i>	58
TOUJEO SOLOSTAR	53	<i>trimethoprim</i>	6
TPN ELECTROL INJ	74	<i>tri-mili</i>	58
TRADJENTA.....	51	<i>trimipramine maleate</i>	36
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325</i> <i>mg</i>	4	TRINTELLIX.....	36
<i>tramadol hcl</i>	4	<i>tri-nymyo</i>	58
<i>trandolapril</i>	27	<i>tri-sprintec</i>	58
<i>tranexamic acid</i>	68	TRIUMEQ PD TAB.....	9
<i>tranylcpromine sulfate</i>	36	TRIUMEQ TAB.....	10
TRAVASOL INJ 10%	75	<i>trivora-28</i>	58
TRAZIMERA.....	24	<i>tri-vylibra</i>	58
<i>trazodone hcl</i>	36		
TRECTOR	10		
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	78		
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	78		
<i>treprostinil</i>	34		

<i>tri-vylibra lo</i>	58	<i>varenicline tartrate</i>	49
TRIZIVIR TAB.....	10	<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	49
TROGARZO	8	VARIVAX.....	73
TROPHAMINE INJ 10%.....	75	VASCEPA	31
<i>trosipium chloride</i>	66	<i>velivet</i>	58
TRULICITY	51	VELPHORO	61
TRUMENBA INJ	73	VELTASSA.....	54
TRUQAP.....	24	VEMLIDY.....	11
TRUXIMA	24	VENCLEXTA.....	24
TUKYSA	24	VENCLEXTA TAB START PK.....	24
TURALIO.....	24	<i>venlafaxine hcl</i>	36
<i>turqoz</i>	58	VENTAVIS	34
TWINRIX INJ	73	VENTOLIN HFA	79
TYBOST.....	8	VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	79
TYPHIM VI.....	73	<i>verapamil hcl</i>	32
TYRVAYA	78	VERQUVO	33
U		VERSACLOZ	40
UBRELVY	47	VERZENIO.....	24
<i>unithroid</i>	62	<i>vestura</i>	58
<i>ursodiol</i>	65	V-GO 20 KIT.....	53
V		V-GO 30 KIT.....	53
<i>valacyclovir hcl</i>	11	V-GO 40 KIT.....	53
VALCHLOR	85	<i>vienva</i>	58
<i>valganciclovir hcl</i>	11	<i>vigabatrin</i>	44
<i>valproate sodium</i>	44	<i>vigadrone</i>	44
<i>valproic acid</i>	44	<i>vigpoder</i>	44
<i>valsartan</i>	29	<i>vilazodone hcl</i>	36
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	29	<i>vincristine sulfate</i>	18
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	29	<i>vinorelbine tartrate</i>	18
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	29	<i>viorele</i>	58
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	29	VIRACEPT	8
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	29	VIREAD	8
VALTOCO 10 MG DOSE	44	VITRAKVI	24, 25
VALTOCO 15 MG DOSE	44	VIVITROL.....	49
VALTOCO 20 MG DOSE	44	VIZIMPRO	25
VALTOCO 5 MG DOSE.....	44	VONJO.....	25
<i>vancomycin hcl</i>	6	<i>voriconazole</i>	7
VANCOMYCIN INJ 1 GM	6	VOSEVI TAB	11
VANCOMYCIN INJ 500MG.....	6	VRAYLAR	40
VANCOMYCIN INJ 750MG.....	6	VRAYLAR CAP 1.5-3MG	40
VANFLYTA	24	<i>vyfemla</i>	58
VAQTA.....	73	<i>vylibra</i>	58
		VYZULTA.....	77
		W	
		<i>warfarin sodium</i>	67

<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	86
WELIREG	17
<i>wera</i>	58
<i>wixela inhub</i>	82
X	
XALKORI.....	25
XARELTO	67
XARELTO STAR TAB 15/20MG.....	67
XATMEP.....	70
XCOPRI	44
XCOPRI PAK 100-150	44
XCOPRI PAK 12.5-25	44
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	44
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	44
XCOPRI PAK 50-100MG.....	44
XELJANZ.....	70
XELJANZ XR	70
XERMELO	65
XGEVA.....	53
XHANCE.....	81
XIFAXAN.....	65
XIGDUO XR TAB 10-1000	51
XIGDUO XR TAB 10-500MG	51
XIGDUO XR TAB 2.5-1000.....	51
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	51
XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	51
XIIDRA	78
XOLAIR.....	81
XOSPATA	25
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	25
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	25
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	25
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	25
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	25
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	25
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	25
XTANDI	16
<i>xulane</i>	58

XULTOPHY INJ 100/3.6	53
Y	
<i>yargesa</i>	61
YF-VAX INJ.....	73
<i>yuvaferm</i>	59
Z	
<i>zafemy</i>	58
<i>zafirlukast</i>	80
ZARXIO	67
ZEJULA	25
ZELBORAF.....	25
ZEMAIRA	81
<i>zenatane</i>	82
ZENPEP CAP 10000UNT	65
ZENPEP CAP 15000UNT	65
ZENPEP CAP 20000UNT	65
ZENPEP CAP 25000UNT	65
ZENPEP CAP 3000UNIT	65
ZENPEP CAP 40000UNT	65
ZENPEP CAP 5000UNIT	65
ZENPEP CAP 60000UNT	65
ZERVIAE	77
<i>zidovudine</i>	9
ZIEXTENZO.....	67
<i>ziprasidone hcl</i>	40
<i>ziprasidone mesylate</i>	40
ZIRABEV.....	25
ZIRGAN	76
<i>zoledronic acid</i>	54
ZOLINZA.....	25
<i>zolpidem tartrate</i>	46
ZONISADE	44
<i>zonisamide</i>	45
<i>zovia 1/35</i>	58
ZTALMY	45
<i>zumandimine</i>	58
ZURZUVAE	36
ZYDELIG.....	25
ZYKADIA.....	25
ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	76
ZYPREXA RELPREVV	40

Este Formulario se actualizó el 01/05/2024. Para obtener información más actualizada o hacer otras consultas, comuníquese con nuestra línea de ayuda exclusiva para planes de medicamentos con receta de Medicare al 1-855-222-3183 (número gratuito) o al 711 para los usuarios de los servicios TTY/TDD. Hay representantes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede ingresar a sharpmedicareadvantage.com.

Encarte en varios idiomas

Servicios de interpretación en varios idiomas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SHARP Health Plan

Considérenos su asistente personal de atención de salud®

sharpmedicareadvantage.com

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