

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



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: 01/10/2024

Identificación del formulario: 00024227, versión: 16

Este Formulario se actualizó el 13/09/2024. 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 13/09/2024. 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 13/09/2024. 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 88. 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 88.

- 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	50
GASTROINTESTINAL	63
GENITOURINARY	66
HEMATOLOGIC	67
IMMUNOLOGIC AGENTS	69
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS	74
OPHTHALMIC	76
OTIC	79
RESPIRATORY	79
TOPICAL	83
Index	88

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 dr</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

13/09/2024

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

13/09/2024

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 100mg/5ml	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

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 sulfata 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 sulfata 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

13/09/2024

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, 1.25gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	2	
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg	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	

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>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	2	
<i>flucytosine CAPS 250mg, 500mg</i>	5	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg</i>	2	
<i>griseofulvin ultramicrosize TABS 125mg, 250mg</i>	2	
<i>itraconazole CAPS 100mg</i>	2	PA
<i>ketoconazole TABS 200mg</i>	2	PA
<i>micafungin sodium SOLR 50mg, 100mg</i>	5	NDS
<i>nystatin TABS 500000unit</i>	2	
<i>posaconazole SUSP 40mg/ml</i>	5	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>posaconazole TBEC 100mg</i>	5	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl TABS 250mg</i>	1	QL (90 tabs / year)
<i>voriconazole SOLR 200mg</i>	2	PA
<i>voriconazole SUSR 40mg/ml</i>	5	NDS, PA
<i>voriconazole TABS 50mg</i>	2	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>voriconazole TABS 200mg</i>	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 TABS 250mg, 500mg</i>	2	
COARTEM TAB 20-120MG	4	
<i>mefloquine hcl TABS 250mg</i>	2	
<i>primaquine phosphate TABS 26.3mg</i>	2	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	3	
<i>quinine sulfate CAPS 324mg</i>	2	PA

ANTIRETROVIRAL AGENTS

<i>abacavir sulfate SOLN 20mg/ml; TABS 300mg</i>	2	NM
APTIVUS CAPS 250mg	5	NDS, NM
<i>atazanavir sulfate CAPS 150mg, 200mg, 300mg</i>	2	NM
<i>darunavir TABS 600mg</i>	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>darunavir TABS 800mg</i>	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
EDURANT TABS 25mg	5	NDS, NM
<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
<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

13/09/2024

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

13/09/2024

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

13/09/2024

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>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	
<i>amoxicillin</i> CHEW 125mg, 250mg	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

12

13/09/2024

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

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> 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

BENDAMUSTINE HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml	5	NDS, B/D, NM
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/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml	5	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 2gm	5	NDS, B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	4	B/D

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

13/09/2024

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
DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE SOLN 2mg/ml	2	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

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>abiraterone acetate</i> TABS 500mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
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

13/09/2024

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	5	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
THALOMID CAPS 100mg	5	NDS, QL (112 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

13/09/2024

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	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

18

13/09/2024

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
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
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	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

20

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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
LUMAKRAS TABS 120mg	5	NDS, QL (240 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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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, 420mg	5	NDS, NM, LA, PA NSO
OGSIVEO TABS 50mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
OJEMDA SUSR 25mg/ml	5	NDS, QL (96 mL / 28 days), NM, LA, PA NSO
OJEMDA TABS 100mg	5	NDS, QL (24 tabs / 28 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

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
PHESGO SOL	5	NDS, NM, LA, PA NSO
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
RETEVMO TABS 40mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
RETEVMO TABS 80mg, 120mg, 160mg	5	NDS, QL (60 tabs / 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
SCSEMBLIX TABS 100mg	5	NDS, QL (120 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

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

23

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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
TAFINLAR TBSO 10mg	5	NDS, QL (900 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
TAGRISSE 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
<i>torpenz</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	5	NDS, QL (30 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

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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
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 TABS 100mg, 200mg, 300mg	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

25

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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

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	

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>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	6	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	6	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	6	
ACE INHIBITORS		
<i>benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	6	
<i>captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>enalapril maleate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg</i>	1	
<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	

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ALPHA BLOCKERS		
<i>doxazosin mesylate</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	1	
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	2	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO CAP 6-6MG	3	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO CAP 15-16MG	3	QL (240 caps / 30 days)
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)

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>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

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	2	
MULTAQ TABS 400mg	4	
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	4	
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 400mg	2	
<i>pacerone</i> TABS 200mg	1	
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg	2	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	2	
<i>sorine</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	1	
<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)

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos 30
 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>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLETOL TABS 180mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLIZET TAB 180/10MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>niacin (antihyperlipidemic) TBCR 500mg, 750mg, 1000mg</i>	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	2	PA
<i>prevalite PACK 4gm; POWD 4gm/dose</i>	2	
REPATHA SOSY 140mg/ml	3	NM, PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml	3	NM, PA
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	

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

31

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	2	
<i>nebivolol hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl</i> TABS 20mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	2	
<i>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	2	
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	2	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<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>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	

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	1	
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	2	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	2	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	1	
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	2	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	2	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab</i> 25-25 mg	2	
<i>toremide</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>ivabradine hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	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

33

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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	
<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)

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>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	
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	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	4	QL (60 caps / 30 days), PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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	
<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)

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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	
<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</i> TABS 200mg	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	

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	1	
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg, 1mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	1	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	2	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml	3	PA; PA if 70 years and older
<i>trihexyphenidyl hcl</i> TABS 2mg, 5mg	2	PA; PA if 70 years and older

ANTIPSYCHOTICS

ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	5	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole</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

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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	
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	

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
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)
<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)
<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)

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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
<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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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	
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)

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	2	
LIBERVANT FILM 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg	4	
<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

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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	
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

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>vigpoder</i> PACK 500mg	5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA NSO
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	4	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	5	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	5	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	5	NDS, QL (900 mL / 30 days), PA NSO
<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

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	2	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	2	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	2	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	2	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	2	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 10mg</i>	2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 4mg</i>	3	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 3mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i>	2	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml</i>	2	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl TABS 5mg, 10mg</i>	2	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg</i>	2	QL (90 tabs / 30 days), PA
HYPNOTICS		
<i>DAYVIGO TABS 5mg, 10mg</i>	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep) TABS 3mg, 6mg</i>	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tasimelteon CAPS 20mg</i>	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>temazepam CAPS 7.5mg, 30mg</i>	2	QL (30 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>temazepam CAPS 15mg</i>	2	QL (60 caps / 30 days), PA; PA if 65 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

46

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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
<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 18mg, 24mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **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
AUSTEDO XR TB24 30mg, 36mg, 42mg, 48mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	5	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
<i>lithium</i> SOLN 8meq/5ml	2	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg	1	
<i>lithium carbonate</i> TBCR 300mg, 450mg	2	
NUDEXTA CAP 20-10MG	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
<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	

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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)
<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)</i> TB12 150mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	2	
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY .4mg/ml, 2mg/2ml	2	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 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

49

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
NICOTROL INHALER INHA 10mg	4	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	
varenicline tartrate TABS .5mg, 1mg	2	QL (56 tabs / 28 days), PA
varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack	2	QL (2 packs / year), PA
VIVITROL SUSR 380mg	5	NDS, NM

ENDOCRINE AND METABOLIC

ANDROGENS

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

ANTIDIABETICS

acarbose TABS 25mg, 50mg, 100mg	2	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml	3	QL (4 pens / 28 days), PA
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)
glimepiride TABS 1mg, 2mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
glimepiride TABS 4mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
glipizide TABS 5mg	6	QL (240 tabs / 30 days)
glipizide TABS 10mg	6	QL (120 tabs / 30 days)
glipizide TB24 2.5mg, 5mg	6	QL (90 tabs / 30 days)
glipizide TB24 10mg	6	QL (60 tabs / 30 days)
glipizide xl TB24 2.5mg, 5mg	6	QL (90 tabs / 30 days)
glipizide xl TB24 10mg	6	QL (60 tabs / 30 days)
glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg	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)

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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)
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)

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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	
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)

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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
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	

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 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
<i>kionex</i> SUSP 15gm/60ml	2	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	5	NDS, NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	2	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	2	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	5	NDS, NM, PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	3	
CONTRACEPTIVES		
<i>afirmelle</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

54

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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 TABS .35mg</i>	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 TABS .35mg</i>	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	4	
<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>emzahh TABS .35mg</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	

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>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	
<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	

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>loestrin 1.5/30-21</i>	2	
<i>loestrin 1/20-21</i>	2	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	2	
<i>loestrin fe 1/20</i>	2	
<i>loryna</i>	2	
<i>low-ogestrel</i>	2	
<i>lutra</i>	2	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	2	
<i>lyza TABS .35mg</i>	2	
<i>marlissa</i>	2	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	2	
<i>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	
<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	

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

57

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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	
<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	

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>xulane</i>	2	
<i>zafemy</i>	2	
<i>zovia 1/35</i>	2	
<i>zumandimine</i>	2	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	2	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	5	NDS, PA
ESTROGENS		
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
<i>estradiol</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	3	
<i>estradiol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5- 0.1 mg</i>	3	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	3	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm; TABS 10mcg	2	
<i>estradiol valerate</i> OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	2	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	3	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	3	
<i>jinteli</i>	3	
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
<i>mimvey</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	3	
<i>yuvaferm</i> TABS 10mcg	2	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	2	B/D
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/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

59

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml	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	
PREDNISONO 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	
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

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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 MINIQWICK 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>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	5	NDS, NM, PA NSO
<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
<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

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
SOMATULINE DEPOT SOLN 120mg/0.5ml	5	NDS, NM, LA, PA NSO
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	NDS, NM, LA, PA
yargesa 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	
<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	

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>levoxyI</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	
<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> TBP 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	

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>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
<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	
----------------------------------	---	--

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>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)
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	5	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>sucral fate</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	

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

65

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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	
<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

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

66

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>trospium chloride</i> TABS 20mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	2	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	2	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	2	
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	
<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)

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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		
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<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>l-glutamine (sickle cell)</i> PACK 5gm	5	NDS, 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
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	

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

68

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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	5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml	5	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN 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

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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 20mg, 30mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OTEZLA TAB 10/20	5	NDS, QL (110 tabs / year), NM, PA
OTEZLA TAB 10/20/30	5	NDS, QL (110 tabs / year), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	5	NDS, NM, LA, PA
RENFLIXIS 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
RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml	5	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	5	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	5	NDS, QL (12 vials / 365 days), 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
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

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
TALTZ SOSY 20mg/0.25ml, 40mg/0.5ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, LA, PA
TREMFYA SOPN 100mg/ml	5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
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	
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	4	B/D
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	2	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4	B/D

IMMUNOGLOBULINS

ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	NDS, PA
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

71

13/09/2024

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 100mcg/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
<i>azathioprine</i> 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
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg	2	B/D, NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	2	B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	NDS, B/D, NM
<i>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	2	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	2	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	5	NDS, B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	2	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	5	NDS, B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	4	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	5	NDS, NM, LA, PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	4	B/D, NM
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	5	NDS, B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	B/D, NM
<i>tacrolimus</i> 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	
BCG VACCINE SOLR 50mg	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

72

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
BEXSERO INJ	1	
BOOSTRIX INJ	1	
DAPTACEL INJ	1	
DENGVAIXIA 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	
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	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

73

13/09/2024

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, 10meq/50ml, 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
<i>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</i>		
<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

75

13/09/2024

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

76

13/09/2024

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	
XDEMVY SOLN .25%	5	NDS, NM, LA, PA
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTI-INFLAMMATORIES		
ALREX SUSP .2%	3	
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .07%, .075%</i>	2	
BROMSITE SOLN .075%	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

77

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	2	
<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	

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

78

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	2	
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)

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	3	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%	2	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	2	
ANTI-HISTAMINES		
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%	2	
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>cyproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	3	PA; PA if 70 years and older
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	2	
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	4	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	3	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	3	PA; PA if 70 years and older
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	2	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
BETA AGONISTS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	2	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	2	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	2	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	2	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	2	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	2	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	2	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	3	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	2	

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	3	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	3	QL (6 inhalers / 30 days)
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 10mg/0.5ml, 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

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	5	NDS, NM, LA, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	5	NDS, NM, PA
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg	2	QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast</i> TABS 500mcg	2	QL (30 tabs / 30 days)
SYMDEKO TAB 50-75MG	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, 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		
ALVESCO AERS 80mcg/act	4	QL (3 inhalers / 30 days)
ALVESCO AERS 160mcg/act	4	QL (2 inhalers / 30 days)
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	3	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	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

82

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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)
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

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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)
<i>silver sulfadiazine</i> CREA 1%	2	
<i>ssd</i> CREA 1%	2	
<i>SULFAMYLON</i> CREA 85mg/gm	4	QL (453.6 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%	2	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%	2	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	2	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	2	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1- 0.05%</i>	2	QL (45 gm / 30 days)
<i>ketconazole (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
<i>TAZORAC</i> CREA .05%	4	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS		
<i>ketconazole (topical)</i> SHAM 2%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	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

84

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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)
<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)

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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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
<i>lidocaine</i> OINT 5%	2	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	2	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	2	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	2	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan</i> PTCH 5%	2	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>tridacaine ii</i> PTCH 5%	2	QL (3 patches / 1 day), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	5	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA NSO
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1%	2	QL (1000 gm / 30 days)
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5%	2	QL (300 mL / 28 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>proctocort</i> CREA 1%	2	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	2	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	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

13/09/2024

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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		
REGRANEX GEL .01%	5	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	4	QL (180 gm / 30 days)
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	2	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	2	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	1	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg	2	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>kourzeq</i> PSTE .1%	2	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	2	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	2	
<i>periogard</i> SOLN .12%	1	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	2	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	2	

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

87

13/09/2024

Índice

A	
<i>abacavir sulfate</i>	7
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	9
ABELCET	6
ABILIFY MAINTENA	38
<i>abiraterone acetate</i>	15, 16
ABRYSVO	72
<i>acamprosate calcium</i>	49
<i>acarbose</i>	50
<i>accutane</i>	83
<i>acebutolol hcl</i>	31
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	3
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	3
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	3
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	3
<i>acetazolamide</i>	32
<i>acetic acid</i>	66
<i>acetic acid (otic)</i>	79
<i>acetylcysteine</i>	81
<i>acitretin</i>	84
ACTHIB INJ	72
ACTIMMUNE	72
<i>acyclovir</i>	10
<i>acyclovir sodium</i>	10
ADACEL INJ	72
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN)	69
<i>adefovir dipivoxil</i>	10
ADEMPAS	34
ADMELOG	52
ADMELOG SOLOSTAR	52
ADVAIR HFA AER 115/21	83
ADVAIR HFA AER 230/21	83
ADVAIR HFA AER 45/21	83
<i>afirmelle</i>	54
AIMOVIG	47
AKEEGA TAB 100/500	16
AKEEGA TAB 50/500MG	16
<i>ala-cort</i>	85
<i>albendazole</i>	4
<i>albuterol sulfate</i>	80
<i>alclometasone dipropionate</i>	85
ALDURAZYME	60
ALECENSA	18
<i>alendronate sodium</i>	54
<i>alfuzosin hcl</i>	66
<i>aliskiren fumarate</i>	33
<i>allopurinol</i>	2
<i>alosetron hcl</i>	65
<i>alprazolam</i>	34
ALREX	77
<i>altavera</i>	55
ALUNBRIG	18
ALUNBRIG PAK	18
ALVAIZ	68
ALVESCO	82
<i>alyacen 1/35</i>	55
<i>alyacen 7/7/7</i>	55
ALYGLO	71
<i>amantadine hcl</i>	37
<i>ambrisentan</i>	34
<i>amikacin sulfate</i>	4
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	32
<i>amiloride hcl</i>	33
<i>amiodarone hcl</i>	29
<i>amitriptyline hcl</i>	35
<i>amlodipine besylate</i>	32
<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>	28
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	28

<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	46
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	46
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	45
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	45
<i>amnesteem</i>	83	<i>amphotericin b</i>	6
<i>amoxapine</i>	35	<i>amphotericin b liposome</i>	6
<i>amoxicillin</i>	12	<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>	68
<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>	79
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	45	<i>aprepitant</i>	63
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	45	<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	63
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	45	<i>apri</i>	55
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	45	<i>APTIOM</i>	41
<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>	81
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	45	<i>aranelle</i>	55
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	45	<i>ARCALYST</i>	72
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	46	<i>AREXVY</i>	72
		<i>aripiprazole</i>	38
		<i>ARISTADA</i>	38
		<i>ARISTADA INITIO</i>	38
		<i>armodafinil</i>	49
		<i>ARNUITY ELLIPTA</i>	82
		<i>asenapine maleate</i>	38
		<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	69
		<i>ASTAGRAF XL</i>	72
		<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>	46	<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	BENDAMUSTINE HYDROCHLORID.....	14
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	7	BENDEKA.....	14
ATROPINE SULFATE.....	79	BENLYSTA.....	72
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	79	<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	83
ATROVENT HFA.....	79	<i>benztropine mesylate</i>	37
<i>aubra eq</i>	55	BERINERT	68
AUGTYRO.....	18	BESIVANCE	77
<i>aurovela 1/20</i>	55	BESREMI	17
<i>aurovela fe 1/20</i>	55	<i>betaine powder for oral solution</i>	60
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	55	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	85
AUSTEDO.....	47	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	85
AUSTEDO XR	47, 48	<i>betamethasone valerate</i>	85
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	48	BETASERON	48
AUVELITY TAB 45-105MG.....	35	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	78
<i>aviane</i>	55	<i>bethanechol chloride</i>	66
<i>ayuna</i>	55	BETOPTIC-S	78
AYVAKIT	18	BEVESPI AER 9-4.8MCG.....	79
<i>azacitidine</i>	15	<i>bexarotene</i>	17
<i>azathioprine</i>	72	<i>bexarotene (topical)</i>	86
<i>azelastine hcl</i>	80	BEXSERO INJ	73
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	78	<i>bicalutamide</i>	16
<i>azithromycin</i>	12	BICILLIN L-A	13
<i>aztreonam</i>	4	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	9
<i>azurette</i>	55	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	9
B		<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	31
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	77	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	31
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	77	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	31
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	76	<i>bisoprolol fumarate</i>	31
<i>baclofen</i>	48	BIVIGAM.....	71
BAFIERTAM	48	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	55
<i>balsalazide disodium</i>	64	BOOSTRIX INJ.....	73
BALVERSA.....	18	<i>bortezomib</i>	18
<i>balziva</i>	55		
BARACLUDE	10		
BASAGLAR KWIKPEN	52		
BCG VACCINE.....	72		
BD ALCOHOL SWABS.....	52		

BORTEZOMIB	18	<i>calcitrene</i>	84
<i>bosentan</i>	34	<i>calcitriol</i>	63
BOSULIF	18	<i>calcitriol (oral)</i>	63
BRAFTOVI	19	<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> ..	62
BREO ELLIPTA INH 100-25	83	CALQUENCE	19
BREO ELLIPTA INH 200-25	83	<i>camila</i>	55
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	83	<i>candesartan cilexetil</i>	29
BREZTRI AERO AER SPHERE	79	CAPLYTA	38
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	79	CAPRELSA	19
<i>briellyn</i>	55	<i>captopril</i>	27
BRILINTA	69	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25- 15 mg</i>	26
<i>brimonidine tartrate</i>	78	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25- 25 mg</i>	26
<i>brinzolamide</i>	78	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50- 15 mg</i>	27
BRIVIACT	41	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50- 25 mg</i>	27
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	77	<i>carb/levo orally disintegrating tab 10- 100mg</i>	37
<i>bromocriptine mesylate</i>	37	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25- 100mg</i>	37
BROMSITE	77	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25- 250mg</i>	37
BRONCHITOL	81	<i>carbamazepine</i>	41
BRUKINSA	19	<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i> ..	37
<i>budesonide</i>	64	<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i> ..	37
<i>budesonide (inhalation)</i>	82	<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i> ..	37
<i>bumetanide</i>	33	<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	37
<i>buprenorphine hcl</i>	49	<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>	49	<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>	78
<i>butorphanol tartrate</i>	3		
BYDUREON BCISE	50		
BYETTA	50		
C			
<i>cabergoline</i>	60		
CABOMETYX	19		
<i>calcipotriene</i>	84		
<i>calcitonin (salmon) spray</i>	54		

<i>cartia xt</i>	32	<i>cisplatin</i>	14
<i>carvedilol</i>	31	<i>citalopram hydrobromide</i>	35
<i>caspofungin acetate</i>	6	<i>claravis</i>	83
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>	83
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>	67
<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.....	76
<i>cefuroxime axetil</i>	11	CLINIMIX INJ 4.25/D5W.....	76
<i>cefuroxime sodium</i>	11	CLINIMIX INJ 5%/D15W.....	76
<i>celecoxib</i>	2	CLINIMIX INJ 5%/D20W.....	76
<i>cephalexin</i>	12	CLINIMIX INJ 6/5.....	76
CERDELGA.....	60	CLINIMIX INJ 8/10.....	76
CEREZYME.....	60	CLINIMIX INJ 8/14.....	76
<i>cetirizine hcl</i>	80	<i>clinisol sf 15%</i>	76
<i>chateal eq</i>	55	CLINOLIPID EMU 20%.....	76
CHEMET.....	54	<i>clobazam</i>	41
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>		<i>clobetasol propionate</i>	85
.....	87	<i>clobetasol propionate e</i>	85
<i>chloroquine phosphate</i>	7	<i>clomipramine hcl</i>	35
<i>chlorpromazine hcl</i>	38	<i>clonazepam</i>	41
<i>chlorthalidone</i>	33	<i>clonidine</i>	33
<i>cholestyramine</i>	30	<i>clonidine hcl</i>	33
<i>cholestyramine light</i>	30	<i>clopidogrel bisulfate</i>	69
<i>ciclopirox olamine</i>	84	<i>clorazepate dipotassium</i>	41
<i>cilostazol</i>	68	<i>clotrimazole</i>	87
CILOXAN.....	77	<i>clotrimazole (topical)</i>	84
CIMDUO TAB 300-300.....	9	<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i>	
<i>cinacalcet hcl</i>	60	1-0.05%.....	84
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%.....	79	mg.....	2
<i>ciprofloxacin hcl</i>	12	<i>colesevelam hcl</i>	30
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	77	<i>colestipol hcl</i>	30

<i>colistimethate sodium</i>	5	<i>darunavir</i>	7
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	78	<i>dasetta 1/35</i>	55
COMBIVENT AER 20-100	79	<i>dasetta 7/7/7</i>	55
COMETRIQ (60MG DOSE).....	19	DAURISMO.....	19
COMETRIQ KIT 100MG.....	19	DAYVIGO	46
COMETRIQ KIT 140MG.....	19	<i>deblitane</i>	55
COMPLERA TAB	9	<i>deferasirox</i>	54
<i>compro</i>	63	DELSTRIGO TAB	9
<i>constulose</i>	64	DENGVAXIA SUS.....	73
COPIKTRA.....	19	DEPO-SUBQ PROVERA 104	55
CORLANOR.....	33	<i>depo-testosterone</i>	50
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, 61
CREON CAP 36000UNT	66	<i>desmopressin acetate spray</i>	61
CREON CAP 6000UNIT	65	<i>desmopressin acetate spray</i>	
<i>cromolyn sodium</i>	81	<i>refrigerated</i>	61
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	65	<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab</i>	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	78	0.15-0.02/0.01 mg(21/5).....	55
<i>cryselle-28</i>	55	<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15</i>	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	49	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> ...	60
<i>cyclosporine</i>	72	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	
<i>cyclosporine modified (for</i>		<i>(ophth)</i>	78
<i>microemulsion)</i>	72	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	46
<i>cyproheptadine hcl</i>	80	<i>dextrose</i>	76
<i>cyred eq</i>	55	<i>dextrose 10% w/ sodium chloride</i>	
CYSTADROPS	79	0.45%	74
CYSTAGON.....	60	<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride</i>	
CYSTARAN	79	0.45%	74
<i>cytarabine</i>	15	<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	74
D		<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	
D10W/NAACL INJ 0.2%	74	.....	74
D2.5W/NAACL INJ 0.45%.....	74	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i>	
D5W/LYTES INJ #48.....	74	0.225%	74
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	67	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	
<i>dalfampridine</i>	48	.....	74
<i>danazol</i>	59	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	
<i>dantrolene sodium</i>	49	.....	74
<i>dapsone</i>	5	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	
DAPTACEL INJ	73	.....	74
<i>daptomycin</i>	5	DIACOMIT.....	41
DAPTOMYCIN	5	<i>diazepam</i>	41, 42

<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	42	<i>doxy 100</i>	14
<i>diazepam inj</i>	42	<i>doxycycline (monohydrate)</i>	14
<i>diazepam intensol</i>	42	<i>doxycycline hyclate</i>	14
<i>diazoxide</i>	60	DRIZALMA SPRINKLE.....	35
<i>diclofenac potassium</i>	2	<i>dronabinol</i>	63
<i>diclofenac sodium</i>	2	<i>drosiprenone-ethinyl estradiol tab 3-</i> <i>0.02 mg</i>	55
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	78	<i>drosiprenone-ethinyl estradiol tab 3-</i> <i>0.03 mg</i>	55
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	86	DROXIA	68
<i>dicloxacillin sodium</i>	13	<i>droxidopa</i>	33
<i>dicyclomine hcl</i>	64	DULERA AER 100-5MCG.....	83
DIFICID	12	DULERA AER 200-5MCG.....	83
<i>diflunisal</i>	2	DULERA AER 50-5MCG.....	83
<i>digoxin</i>	33	<i>duloxetine hcl</i>	36
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	47	DUPIXENT	69
DILANTIN	42	<i>dutasteride</i>	66
DILANTIN-125	42	<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4</i> <i>mg</i>	66
DILANTIN INFATABS	42	E	
<i>diltiazem hcl</i>	32	<i>e.e.s. 400</i>	12
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	32	<i>ec-naproxen</i>	2
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	32	EDURANT	8
<i>dilt-xr</i>	32	<i>efavirenz</i>	8
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	73	<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab</i> <i>600-200-300 mg</i>	9
<i>diphenhydramine hcl</i>	80	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i> <i>400-300-300 mg</i>	9
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025</i> <i>mg/5ml</i>	65	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i> <i>600-300-300 mg</i>	9
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i> <i>0.025 mg</i>	65	ELIGARD.....	16
<i>dipyridamole</i>	69	<i>elinest</i>	55
<i>disopyramide phosphate</i>	29	ELIQUIS	67
<i>disulfiram</i>	49	ELIQUIS STARTER PACK	67
<i>divalproex sodium</i>	42	ELLENCE.....	15
<i>docetaxel</i>	17	<i>eluryng</i>	55
DOCETAXEL	18	EMSAM	36
<i>dofetilide</i>	29	<i>emtricitabine</i>	8
<i>donepezil hydrochloride</i>	34, 35	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 100-150 mg</i>	9
DOPTLET.....	68	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 133-200 mg</i>	9
<i>dorzolamide hcl</i>	78	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 167-250 mg</i>	9
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth</i> <i>soln 2-0.5%</i>	78	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 200-300 mg</i>	9
<i>dotti</i>	59	EMTRIVA	8
DOVATO TAB 50-300MG	9		
<i>doxazosin mesylate</i>	28		
<i>doxepin hcl</i>	35		
<i>doxepin hcl (sleep)</i>	46		
<i>doxorubicin hcl</i>	15		
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	15		
DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE	15		

EMVERM	5	ERYTHROCIN LACTOBIONATE	12
<i>emzabh</i>	55	<i>erythromycin (acne aid)</i>	83
<i>enalapril maleate</i>	27	<i>erythromycin (ophth)</i>	77
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>		<i>erythromycin base</i>	12
<i>tab 10-25 mg</i>	27	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	12
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>		<i>erythromycin lactobionate</i>	12
<i>tab 5-12.5 mg</i>	27	<i>escitalopram oxalate</i>	36
ENBREL	69	<i>esomeprazole magnesium</i>	66
ENBREL MINI.....	69	<i>estarylla</i>	55
ENBREL SURECLICK	69	<i>estradiol</i>	59
ENDARI	68	<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i>	
<i>endocet tab 10-325mg</i>	3	<i>0.5-0.1 mg</i>	59
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	3	<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i>	
<i>endocet tab 5-325mg</i>	3	<i>1-0.5 mg</i>	59
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	3	<i>estradiol vaginal</i>	59
ENGERIX-B	73	<i>estradiol valerate</i>	59
<i>enilloring</i>	55	<i>ethambutol hcl</i>	10
<i>enoxaparin sodium</i>	67	<i>ethosuximide</i>	42
<i>enpresse-28</i>	55	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol</i>	
<i>enskyce</i>	55	<i>tab 1 mg-35 mcg</i>	56
ENSTILAR AER.....	85	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol</i>	
<i>entacapone</i>	37	<i>tab 1 mg-50 mcg</i>	56
<i>entecavir</i>	10	<i>etodolac</i>	2
ENTRESTO CAP 15-16MG	28	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring</i>	
ENTRESTO CAP 6-6MG.....	28	<i>0.12-0.015 mg/24hr</i>	56
ENTRESTO TAB 24-26MG	28	<i>etoposide</i>	18
ENTRESTO TAB 49-51MG	28	<i>etravirine</i>	8
ENTRESTO TAB 97-103MG	28	EULEXIN	16
<i>enulose</i>	65	<i>euthyrox</i>	62
EPCLUSA PAK 150-37.5	10	<i>everolimus</i>	19
EPCLUSA PAK 200-50MG.....	10	<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	72
EPCLUSA TAB 200-50MG.....	10	EVOTAZ TAB 300-150	9
EPCLUSA TAB 400-100	10	<i>exemestane</i>	16
EPIDIOLEX.....	42	EYSUVIS.....	78
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	33, 81	<i>ezetimibe</i>	30
<i>epitol</i>	42	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	30
<i>eplerenone</i>	27	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	31
EPRONTIA.....	42	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	31
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>		<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	31
.....	47	F	
ERIVEDGE.....	19	FABRAZYME	61
ERLEADA	16	<i>falmina</i>	56
<i>erlotinib hcl</i>	19	<i>famciclovir</i>	10
<i>errin</i>	55	<i>famotidine</i>	64
<i>ertapenem sodium</i>	5	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20</i>	
<i>ery</i>	83	<i>mg/50ml</i>	64
<i>ery-tab</i>	12	FANAPT	39

FANAPT PAK	39	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>	
FARXIGA.....	50	100-50 mcg/act	83
FASENRA	81	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>	
FASENRA PEN.....	81	250-50 mcg/act	83
<i>felbamate</i>	42	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>	
<i>felodipine</i>	32	500-50 mcg/act	83
<i>fenofibrate</i>	30	<i>fluvoxamine maleate</i>	34
<i>fenofibrate micronized</i>	30	<i>fondaparinux sodium</i>	67
<i>fentanyl</i>	2	<i>fosamprenavir calcium</i>	8
<i>fentanyl citrate</i>	3	<i>fosinopril sodium</i>	27
FETZIMA.....	36	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i>	
FETZIMA CAP TITRATIO	36	<i>tab 10-12.5 mg</i>	27
FIASP	52	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i>	
FIASP FLEXTOUCH	52	<i>tab 20-12.5 mg</i>	27
FIASP PENFILL.....	52	FOTIVDA.....	20
FIASP PUMPCART	52	FRUZAQLA	20
<i>finasteride</i>	66	<i>fulvestrant</i>	16
<i>fingolimod hcl</i>	48	<i>furosemide</i>	33
FINTEPLA	42	<i>furosemide inj</i>	33
FIRMAGON	16	FUZEON	8
<i>flac</i>	79	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	59
FLAREX.....	78	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	59
FLEBOGAMMA DIF	71	FYCOMPA	42
<i>flecainide acetate</i>	30	G	
<i>fluconazole</i>	6	<i>gabapentin</i>	42
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200</i>		<i>galantamine hydrobromide</i>	35
<i>mg/100ml</i>	6	GAMASTAN INJ	71
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400</i>		GAMMAGARD LIQUID	71
<i>mg/200ml</i>	7	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	71
<i>flucytosine</i>	7	GAMMAKED.....	71
<i>fludrocortisone acetate</i>	60	GAMMAPLEX.....	71
<i>flunisolide (nasal)</i>	82	GAMUNEX-C	71
<i>fluocinolone acetonide</i>	85	<i>ganciclovir sodium</i>	10
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	79	GARDASIL 9 INJ	73
<i>fluocinonide</i>	85	<i>gatifloxacin (ophth)</i>	77
<i>fluocinonide emulsified base</i>	85	GATTEX	65
<i>fluorometholone (ophth)</i>	78	GAUZE PADS 2	52
<i>fluorouracil</i>	15	<i>gavilyte-c</i>	65
<i>fluorouracil (topical)</i>	86	<i>gavilyte-g</i>	65
<i>fluoxetine hcl</i>	36	GAVRETO.....	20
<i>fluphenazine decanoate</i>	39	<i>gefitinib</i>	20
<i>fluphenazine hcl</i>	39	<i>gemcitabine hcl</i>	15
<i>flurbiprofen</i>	2	<i>gemfibrozil</i>	30
<i>flurbiprofen sodium</i>	78	GEMTESA.....	66
<i>fluticasone propionate</i>	85	<i>generlac</i>	65
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	82	<i>gengraf</i>	72
		GENOTROPIN	61

GENOTROPIN MINIQUICK.....	61	<i>heather</i>	56
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	5	HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	67
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	5	<i>heparin sodium (porcine)</i>	67
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	5	HEPLISAV-B	73
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	5	HEP SOD/D5W INJ 20000UNT.....	67
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	5	HEP SOD/D5W INJ 25000UNT.....	67
<i>gentamicin sulfate</i>	5	HEP SOD/NACL INJ 12500UNT	67
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	77	HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	67
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	84	HERCEP HYLEC SOL 60-10000	20
GENVOYA TAB	9	HERCEPTIN	20
GILOTRIF	20	HERZUMA	20
<i>glatiramer acetate</i>	48	HIBERIX	73
<i>glatopa</i>	48	HUMIRA.....	69
GLEOSTINE	15	HUMIRA PEN	69
<i>glimepiride</i>	50	HUMIRA PEN-CD/UC/HS START.....	69
<i>glipizide</i>	50	HUMIRA PEN KIT PS/UV	69
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	50	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S	69
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	50	HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....	52
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	50	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	52
<i>glipizide xl</i>	50	<i>hydralazine hcl</i>	33
<i>glycopyrrolate</i>	64	<i>hydrochlorothiazide</i>	33
<i>glydo</i>	86	<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i> <i>325 mg/15ml</i>	3
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	50	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i>	3
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	50	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325</i> <i>mg</i>	3
<i>granisetron hcl</i>	63	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i>	3
<i>griseofulvin microsize</i>	7	<i>hydrocodone bitartrate</i>	2
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	7	<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	3
<i>guanfacine hcl</i>	33	<i>hydrocortisone</i>	60
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	46	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	64
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	60	<i>hydrocortisone (rectal)</i>	86
GVOKE KIT.....	60	<i>hydrocortisone (topical)</i>	85
GVOKE PFS	60	<i>hydromorphone hcl</i>	3
H		<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	71
HAEGARDA.....	68	<i>hydroxyurea</i>	17
<i>hailey 1.5/30</i>	56	<i>hydroxyzine hcl</i>	80
<i>halobetasol propionate</i>	85	<i>hydroxyzine pamoate</i>	80
<i>haloette</i>	56	HYSINGLA ER.....	3
<i>haloperidol</i>	39	I	
<i>haloperidol decanoate</i>	39	<i>ibandronate sodium</i>	54
<i>haloperidol lactate</i>	39	IBRANCE.....	20
HARVONI PAK 33.75-150MG.....	10	<i>ibu</i>	2
HARVONI PAK 45-200MG	10	<i>ibuprofen</i>	2
HARVONI TAB 45-200MG	10		
HARVONI TAB 90-400MG	10		
HAVRIX	73		

<i>icatibant acetate</i>	68	ISENTRESS	8
<i>iclevia</i>	56	ISENTRESS HD	8
ICLUSIG	20	<i>isibloom</i>	56
IDACIO (2 PEN)	70	ISOLYTE-P INJ /D5W	74
IDACIO (2 SYRINGE)	70	ISOLYTE-S INJ.....	74
IDACIO CROHN INJ DISEASE.....	70	ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	74
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS.....	70	<i>isoniazid</i>	10
IDHIFA	20	<i>isosorbide dinitrate</i>	34
<i>imatinib mesylate</i>	20	<i>isosorbide mononitrate</i>	34
IMBRUVICA	20	<i>isotretinoin</i>	83
<i>imipenem-cilastatin intravenous for</i> <i>soln 250 mg</i>	5	<i>itraconazole</i>	7
<i>imipenem-cilastatin intravenous for</i> <i>soln 500 mg</i>	5	<i>ivabradine hcl</i>	33
<i>imipramine hcl</i>	36	<i>ivermectin</i>	5
<i>imiquimod</i>	86	IWILFIN	17
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	73	IXCHIQ INJ	73
INBRIJA.....	37	IXIARO INJ.....	73
<i>incassia</i>	56	J	
INCRELEX	61	JAKAFI	20
INCRUSE ELLIPTA	80	<i>jantoven</i>	67
<i>indapamide</i>	33	JANUMET TAB 50-1000	51
INFANRIX INJ.....	73	JANUMET TAB 50-500MG	50
INFLIXIMAB.....	70	JANUMET XR TAB 100-1000.....	51
INLYTA	20	JANUMET XR TAB 50-1000	51
INQOVI TAB 35-100MG.....	15	JANUMET XR TAB 50-500MG.....	51
INREBIC	20	JANUVIA	51
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO ...	52	JARDIANCE	51
INSULIN SAFETY NEEDLES	52	<i>jasmiel</i>	56
INSULIN SYRINGES: BD.....	52	<i>javygtor</i>	61
INTELENCE	8	JAYPIRCA.....	21
INTRALIPID.....	76	JENTADUETO TAB 2.5-1000.....	51
<i>introvale</i>	56	JENTADUETO TAB 2.5-500	51
INVEGA HAFYERA.....	39	JENTADUETO TAB 2.5-850	51
INVEGA SUSTENNA	39	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG ...	51
INVEGA TRINZA.....	39	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	51
IPOL INJ INACTIVE.....	73	<i>jinteli</i>	59
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-</i> <i>2.5(3) mg/3ml</i>	79	<i>jolessa</i>	56
<i>ipratropium bromide</i>	80	<i>juleber</i>	56
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	80	JULUCA TAB 50-25MG	9
<i>irbesartan</i>	29	<i>junel 1/20</i>	56
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i> <i>150-12.5 mg</i>	28	<i>junel 1.5/30</i>	56
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i> <i>300-12.5 mg</i>	28	<i>junel fe 1/20</i>	56
<i>irinotecan hcl</i>	17	<i>junel fe 1.5/30</i>	56
		JYLAMVO	71
		JYNNEOS	73
		K	
		KADCYLA	21
		KALYDECO	81

KANJINTI	21	<i>klor-con m20</i>	75
<i>kariva</i>	56	KORLYM.....	61
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....	75	KOSELUGO.....	21
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	74	<i>kourzeq</i>	87
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	74	KRAZATI.....	21
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	74	<i>kurvelo</i>	56
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	74	L	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	74	<i>labetalol hcl</i>	31
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	74	<i>lacosamide</i>	42, 43
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	74	<i>lacosamide oral</i>	43
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	74	<i>lactated ringer's solution</i>	75
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	75	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	86
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	75	<i>lactulose</i>	65
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	75	<i>lactulose (encephalopathy)</i>	65
<i>kelnor 1/35</i>	56	<i>lamivudine</i>	8
<i>kelnor 1/50</i>	56	<i>lamivudine (hbv)</i>	10
KERENDIA.....	27	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	9
KESIMPTA	48	<i>lamotrigine</i>	43
<i>ketoconazole</i>	7	<i>lanreotide acetate</i>	61
<i>ketoconazole (topical)</i>	84	<i>lansoprazole</i>	66
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	78	<i>lanthanum carbonate</i>	62
KEVZARA	70	LANTUS	52
KEYTRUDA	21	LANTUS SOLOSTAR.....	52
KINRIX INJ.....	73	<i>lapatinib ditosylate</i>	21
<i>kionex</i>	54	<i>larin 1/20</i>	56
KISQALI 200 DOSE	21	<i>larin 1.5/30</i>	56
KISQALI 200 PAK FEMARA.....	17	<i>larin fe 1/20</i>	56
KISQALI 400 DOSE	21	<i>larin fe 1.5/30</i>	56
KISQALI 400 PAK FEMARA.....	17	<i>latanoprost</i>	78
KISQALI 600 DOSE	21	<i>leena</i>	56
KISQALI 600 PAK FEMARA.....	17	<i>leflunomide</i>	71
<i>klayesta</i>	84	<i>lenalidomide</i>	17
<i>klor-con</i>	75	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	21
<i>klor-con 10</i>	75	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	21
<i>klor-con 8</i>	75	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	21
<i>klor-con m10</i>	75	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	21
<i>klor-con m15</i>	75	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	21
		LENVIMA CAP 14 MG	21
		LENVIMA CAP 18 MG	21
		LENVIMA CAP 24 MG	21
		<i>lessina</i>	56
		<i>letrozole</i>	16
		<i>leucovorin calcium</i>	26
		LEUKERAN	15
		<i>leuprolide acetate</i>	16
		<i>levabuterol hcl</i>	80

<i>levalbuterol tartrate</i>	80	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	27
<i>levetiracetam</i>	43	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	27
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	43	<i>lithium</i>	48
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	43	<i>lithium carbonate</i>	48
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	43	<i>loestrin 1/20-21</i>	57
<i>levobunolol hcl</i>	78	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	57
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> ...	61	<i>loestrin fe 1/20</i>	57
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	80	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	57
<i>levofloxacin</i>	12	LOKELMA	54
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	12	LONSURF TAB 15-6.14.....	15
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	12	LONSURF TAB 20-8.19.....	15
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	12	<i>loperamide hcl</i>	65
<i>levonest</i>	56	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	9
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	56	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	9
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	56	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	9
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	56	<i>lorazepam</i>	34
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	56	<i>lorazepam intensol</i>	34
<i>levora 0.15/30-28</i>	56	LORBRENA	21
<i>levo-t</i>	62	<i>loryna</i>	57
<i>levothyroxine sodium</i>	62	<i>losartan potassium</i>	29
<i>levoxyl</i>	63	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	28
<i>l-glutamine (sickle cell)</i>	68	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	28
LIBERVANT	43	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	28
<i>lidocaine</i>	86	LOTEMAX	78
<i>lidocaine hcl</i>	86	<i>loteprednol etabonate</i>	78
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	4	<i>lovastatin</i>	30
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	87	<i>low-ogestrel</i>	57
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	86	<i>loxapine succinate</i>	39
<i>lidocan</i>	86	LUMAKRAS	21, 22
<i>linezolid</i>	5	LUMIGAN	78
LINEZOLID INJ 2MG/ML.....	5	LUMIZYME	61
LINZESS	65	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	16
<i>liothyronine sodium</i>	63	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	16
<i>lisinopril</i>	27	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH	61
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	27	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH	61
		LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH	61
		<i>lurasidone hcl</i>	39
		<i>lutera</i>	57
		<i>lyleq</i>	57

<i>lyllana</i>	59	<i>methylphenidate hcl</i>	46
LYNPARZA.....	22	<i>methylprednisolone</i>	60
LYSODREN	16	<i>methylprednisolone acetate</i>	60
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	22	<i>methylprednisolone sod succ</i>	60
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	22	<i>methyltestosterone</i>	50
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	22	<i>metoclopramide hcl</i>	63
<i>lyza</i>	57	<i>metolazone</i>	33
M		<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-25 mg	31
<i>magnesium sulfate</i>	75	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-50 mg	31
MAGNESIUM SULFATE	75	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 50-25 mg.....	31
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv</i> <i>soln 1 gm/100ml</i>	75	<i>metoprolol succinate</i>	31
<i>malathion</i>	87	<i>metoprolol tartrate</i>	31
<i>maraviroc</i>	8	<i>metronidazole</i>	5
<i>marlissa</i>	57	<i>metronidazole (topical)</i>	86
MARPLAN	36	<i>metronidazole vaginal</i>	67
MATULANE	17	<i>metyrosine</i>	33
MAVYRET PAK 50-20MG	10	MG SO4/D5W INJ 10MG/ML.....	75
MAVYRET TAB 100-40MG	10	<i>micafungin sodium</i>	7
<i>meclizine hcl</i>	63	<i>microgestin 1/20</i>	57
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	62	<i>microgestin 1.5/30</i>	57
<i>medroxyprogesterone acetate</i> <i>(contraceptive)</i>	57	<i>microgestin fe 1/20</i>	57
<i>mefloquine hcl</i>	7	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	57
<i>megestrol acetate</i>	16, 62	<i>midodrine hcl</i>	34
<i>megestrol acetate (appetite)</i>	62	MIEBO	79
MEKINIST	22	<i>mifepristone (hyperglycemia)</i>	61
MEKTOVI	22	<i>miglustat</i>	61
<i>meloxicam</i>	2	<i>mili</i>	57
<i>memantine hcl</i>	35	<i>mimvey</i>	59
MENACTRA INJ	73	<i>minocycline hcl</i>	14
MENQUADFI INJ.....	73	<i>minoxidil</i>	34
MENVEO INJ.....	73	<i>mirtazapine</i>	36
MENVEO SOL.....	73	<i>misoprostol</i>	65
<i>mercaptopurine</i>	15	MITIGARE	2
<i>meropenem</i>	5	M-M-R II INJ	73
<i>mesalamine</i>	64	M-NATAL PLUS TAB	75
<i>mesalamine w/ cleanser</i>	64	<i>modafinil</i>	49
MESNEX.....	26	<i>moexipril hcl</i>	27
<i>metformin hcl</i>	51	<i>molindone hcl</i>	39
<i>methadone hcl</i>	3	<i>mometasone furoate</i>	85
<i>methadone hydrochloride i</i>	3	MONJUVI	22
<i>methazolamide</i>	33	<i>mono-lynyah</i>	57
<i>methenamine hippurate</i>	5	<i>montelukast sodium</i>	81
<i>methimazole</i>	63	<i>morphine sulfate</i>	3, 4
<i>methotrexate sodium</i>	15, 71	MORPHINE SULFATE.....	3
<i>methsuximide</i>	43		

MORPHINE SULFATE/SODIUM C.....	4	<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp..</i>	77
MOUNJARO	51	<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	79
MOVANTIK	65	<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5</i>	
<i>moxifloxacin hcl</i>	12	<i>mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	79
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	77	<i>neomycin sulfate</i>	5
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in</i>		<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-</i>	
<i>sodium chloride 0.8% inj</i>	12	<i>10000unt op oin</i>	77
MRESVIA	73	<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	76
MULTAQ.....	30	NERLYNX	22
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	75	NEUPRO.....	37
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	75	<i>nevirapine</i>	8
<i>mupirocin</i>	84	NEXAVAR.....	22
<i>mycophenolate mofetil</i>	72	NEXLETOL.....	31
<i>mycophenolate sodium</i>	72	NEXLIZET TAB 180/10MG.....	31
MYRBETRIQ.....	66	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	31
N		<i>nicardipine hcl</i>	32
<i>nabumetone</i>	2	NICOTROL INHALER	50
<i>nadolol</i>	32	NICOTROL NS.....	50
<i>nafcillin sodium</i>	13	<i>nifedipine</i>	32
NAGLAZYME	61	<i>nikki</i>	57
<i>nalbuphine hcl</i>	4	<i>nilutamide</i>	16
<i>naloxone hcl</i>	49	<i>nimodipine</i>	32
<i>naltrexone hcl</i>	49	NINLARO	22
NAMZARIC CAP 14-10MG	35	<i>nitazoxanide</i>	5
NAMZARIC CAP 21-10MG	35	<i>nitisinone</i>	61
NAMZARIC CAP 28-10MG	35	NITRO-BID.....	34
NAMZARIC CAP 7-10MG.....	35	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	6
NAMZARIC CAP PACK	35	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	6
<i>naproxen</i>	2	<i>nitroglycerin</i>	34
<i>naproxen dr</i>	2	<i>nitroglycerin (intra-anal)</i>	86
<i>naproxen sodium</i>	2	<i>nizatidine</i>	64
<i>naratriptan hcl</i>	47	<i>nora-be</i>	57
NATACYN	77	<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td</i>	
<i>nateglinide</i>	51	<i>ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	57
NATPARA	54	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	57
NAYZILAM.....	43	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe</i>	
<i>nebivolol hcl</i>	32	<i>tab 1 mg-20 mcg</i>	57
<i>necon 0.5/35-28</i>	57	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol</i>	
<i>nefazodone hcl</i>	36	<i>tab 1.5 mg-30 mcg</i>	57
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx</i>		<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol</i>	
<i>5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	77	<i>tab 1 mg-20 mcg</i>	57
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol</i>		<i>norethindrone acetate</i>	62
<i>1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i> ..	77	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i>		<i>tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	59
<i>ophth oint 0.1%</i>	76	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i>		<i>tab 1 mg-5 mcg</i>	59
<i>ophth susp 0.1%</i>	76		

<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab</i>		<i>ofloxacin (ophth)</i>	77
1-20/1-30/1-35 mg-mcg	57	<i>ofloxacin (otic)</i>	79
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab</i>		OGIVRI	22
0.25 mg-35 mcg	57	OGSIVEO	22
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i>		OJEMDA	22
25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg	57	OJJAARA	22
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i>		<i>olanzapine</i>	39
35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg	57	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>norlyroc</i>	57	<i>hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5</i>	
NORPACE CR	30	mg	29
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	57	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	58	<i>hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5</i>	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	58	mg	29
<i>nortrel 7/7/7</i>	58	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>nortriptyline hcl</i>	36	<i>hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	
NORVIR	8	.....	29
NOVOLIN INJ 70/30	52	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NOVOLIN INJ 70/30 FP	53	<i>hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5</i>	
NOVOLIN N	53	mg	29
NOVOLIN N FLEXPEN	53	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NOVOLIN R	53	<i>hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	
NOVOLIN R FLEXPEN	53	.....	29
NOVOLOG MIX INJ 70/30	53	<i>olmesartan medoxomil</i>	29
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	53	<i>olmesartan medoxomil-</i>	
NUBEQA	16	<i>hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	
NUDEXTA CAP 20-10MG	48	.....	28
NULOJIX	72	<i>olmesartan medoxomil-</i>	
NUPLAZID	39	<i>hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	
NURTEC	47	.....	28
NUTRILIPID	76	<i>olmesartan medoxomil-</i>	
NUZYRA	14	<i>hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> .	29
<i>nyamyc</i>	84	<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> .	31
<i>nylia 1/35</i>	58	<i>omeprazole</i>	66
<i>nylia 7/7/7</i>	58	OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	53
NYMALIZE	32	OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	53
<i>nymyo</i>	58	OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	53
<i>nystatin</i>	7	OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	53
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	87	OMNIPOD DASH KIT INTRO	53
<i>nystatin (topical)</i>	84	OMNIPOD DASH MIS PODS	53
<i>nystop</i>	84	OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	53
●		OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	53
<i>ocella</i>	58	OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	53
OCTAGAM	71	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	81	OMNIPOD MIS CLASSIC	53

<i>ondansetron</i>	63	PAXLOVID TAB 150-100.....	10
<i>ondansetron hcl</i>	63	PAXLOVID TAB 300-100.....	11
ONTRUZANT	22	<i>pazopanib hcl</i>	22
ONUREG	15	PEDIARIX INJ 0.5ML.....	73
OPSUMIT	34	PEDVAX HIB.....	73
ORGOVYX	16	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate</i>	
ORKAMBI GRA 100-125	81	<i>for soln 236 gm</i>	65
ORKAMBI GRA 150-188	81	<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i>	
ORKAMBI GRA 75-94MG	81	<i>420 gm</i>	65
ORKAMBI TAB 100-125.....	81	PEGASYS	11
ORKAMBI TAB 200-125.....	81	PEMAZYRE	22
ORSERDU	16	<i>pemetrexed disodium</i>	15
<i>oseltamivir phosphate</i>	10	PENBRAYA INJ	73
OTEZLA	70	PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML.....	13
OTEZLA TAB 10/20.....	70	PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML.....	13
OTEZLA TAB 10/20/30	70	<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>	13, 14
<i>oxybutynin chloride</i>	66	PENTACEL INJ	73
<i>oxycodone hcl</i>	4	<i>pentamidine isethionate inh</i>	6
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-</i>		<i>pentamidine isethionate inj</i>	6
<i>325 mg</i>	4	<i>pentoxifylline</i>	68
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-</i>		<i>perindopril erbumine</i>	27
<i>325 mg</i>	4	<i>perio gard</i>	87
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-</i>		<i>permethrin</i>	87
<i>325 mg</i>	4	<i>perphenazine</i>	39
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-</i>		PERSERIS	40
<i>325 mg</i>	4	<i>pfizerpen</i>	14
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	51	<i>phenelzine sulfate</i>	36
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)....	51	<i>phenobarbital</i>	43
OZEMPIC (1MG/DOSE)	51	<i>phenobarbital sodium</i>	43
OZEMPIC (2MG/DOSE)	51	<i>phenytek</i>	43
P		<i>phenytoin</i>	43
<i>pacerone</i>	30	<i>phenytoin sodium</i>	43
<i>paclitaxel</i>	18	<i>phenytoin sodium extended</i>	43
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv</i>		PHESGO SOL.....	23
<i>susp 100 mg</i>	18	<i>philith</i>	58
<i>paliperidone</i>	39	PIFELTRO	8
<i>pamidronate disodium</i>	54	<i>pilocarpine hcl</i>	78
PAMIDRONATE DISODIUM.....	54	<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	87
PANRETIN	86	<i>pimozide</i>	40
<i>pantoprazole sodium</i>	66	<i>pimtrea</i>	58
PANZYGA	72	<i>pindolol</i>	32
<i>paraplatin</i>	15	<i>pioglitazone hcl</i>	51
<i>paricalcitol</i>	63	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-</i>	
<i>paroxetine hcl</i>	36	<i>500 mg</i>	51

<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	51	<i>prednisolone</i>	60
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	14	<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	78
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	14	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	78
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	14	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	60
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	14	<i>prednisone</i>	60
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	14	PREDNISONE INTENSOL	60
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	23	<i>pregabalin</i>	43, 44
PIQRAY 250MG TAB DOSE	23	PREHEVBRIO	73
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	23	PREMASOL SOL 10%	76
<i>pirfenidone</i>	81, 82	PRENATAL TAB 27-1MG	76
<i>piroxicam</i>	2	PRENATAL TAB PLUS	76
PLASMA-LYTE INJ -148	75	<i>prevalite</i>	31
PLASMA-LYTE INJ -A	75	PREVYMIS	11
<i>plenamine</i>	76	PREZCOBIX TAB 800-150	9
PLENVU SOL	65	PREZISTA	8
<i>podofilox</i>	86	PRIFTIN	10
<i>polycin ophth oint</i>	77	<i>primaquine phosphate</i>	7
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	77	PRIMAQUINE PHOSPHATE	7
POMALYST	17	<i>primidone</i>	44
<i>portia-28</i>	58	PRIORIX INJ	73
<i>posaconazole</i>	7	PRIVIGEN	72
<i>potassium chloride</i>	75, 76	<i>probenecid</i>	2
POTASSIUM CHLORIDE	75	<i>prochlorperazine</i>	63
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	75	<i>prochlorperazine edisylate</i>	64
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	76	<i>prochlorperazine maleate</i>	64
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	66	PROCRIT	68
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ	75	<i>proctocort</i>	86
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	75	<i>procto-med hc</i>	86
POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	75	<i>proctosol hc</i>	86
PRADAXA	67	<i>proctozone-hc</i>	86
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	38	<i>progesterone</i>	62
<i>prasugrel hcl</i>	69	PROGRAF	72
<i>pravastatin sodium</i>	30	PROLASTIN-C	82
<i>praziquantel</i>	6	PROLENSA	78
<i>prazosin hcl</i>	28	PROLIA	54
		PROMACTA	68
		<i>promethazine hcl</i>	64
		<i>propafenone hcl</i>	30
		<i>proparacaine hcl</i>	79
		<i>propranolol hcl</i>	32
		<i>propylthiouracil</i>	63
		PROQUAD INJ	73
		PROSOL INJ 20%	76
		<i>protriptyline hcl</i>	36
		PULMOZYME	82
		PURIXAN	15
		<i>pyrazinamide</i>	10

<i>pyridostigmine bromide</i>	48	<i>ritonavir</i>	8
Q		<i>rivastigmine</i>	35
QINLOCK	23	<i>rivastigmine tartrate</i>	35
QUADRACEL INJ.....	73	<i>rizatriptan benzoate</i>	47
QUADRACEL INJ 0.5ML	73	ROCKLATAN DRO	78
<i>quetiapine fumarate</i>	40	<i>roflumilast</i>	82
<i>quinapril hcl</i>	27	<i>ropinirole hydrochloride</i>	38
<i>quinidine sulfate</i>	30	<i>rosuvastatin calcium</i>	30
<i>quinine sulfate</i>	7	ROTARIX SUS.....	73
QULIPTA.....	47	ROTATEQ SOL	73
R		<i>rowepra</i>	44
RABAVERT INJ.....	73	ROZLYTREK.....	23
<i>raloxifene hcl</i>	61	RUBRACA.....	23
<i>ramipril</i>	27	<i>rufinamide</i>	44
<i>ranolazine</i>	34	RUKOBIA	8
<i>rasagiline mesylate</i>	38	RYBELSUS.....	51
RAYALDEE.....	63	RYDAPT	23
<i>reclipsen</i>	58	S	
RECOMBIVAX HB	73	<i>sajazir</i>	68
RECTIV.....	87	SANDIMMUNE.....	72
REGRANEX.....	87	SANTYL	87
RELENZA DISKHALER	11	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	61
RELISTOR	65	SCEMBLIX	23
REMICADE	70	<i>scopolamine</i>	64
RENFLEXIS.....	70	SECUADO	40
<i>repaglinide</i>	51	<i>selegiline hcl</i>	38
REPATHA	31	<i>selenium sulfide</i>	84
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	31	SELZENTRY.....	8
REPATHA SURECLICK	31	SEREVENT DISKUS.....	80
RESTASIS	79	<i>sertraline hcl</i>	36
RESTASIS MULTIDOSE.....	79	<i>setlakin</i>	58
RETEVMO.....	23	<i>sevelamer carbonate</i>	62
REVLIMID	17	<i>sharobel</i>	58
REXULTI	40	SHINGRIX.....	73
REYATAZ	8	SIGNIFOR	61
REZLIDHIA.....	23	<i>sildenafil citrate (pulmonary</i> <i>hypertension)</i>	34
REZUROCK.....	72	<i>silver sulfadiazine</i>	84
RHOPRESSA	78	SIMBRINZA SUS 1-0.2%.....	78
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	11	<i>simliya</i>	58
<i>rifabutin</i>	10	<i>simvastatin</i>	30
<i>rifampin</i>	10	<i>sirolimus</i>	72
<i>riluzole</i>	48	SIRTURO	10
<i>rimantadine hydrochloride</i>	11	SIVEXTRO.....	6
RINVOQ.....	70	SKYRIZI.....	70
RINVOQ LQ	70	SKYRIZI PEN	70
<i>risperidone</i>	40	<i>sodium chloride</i>	75
<i>risperidone microspheres</i>	40		

<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	87	SULFAMILYLON	84
sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln.....	76	<i>sulfasalazine</i>	64
SODIUM OXYBATE.....	49	<i>sulindac</i>	2
<i>sodium phenylbutyrate</i>	61	<i>sumatriptan</i>	47
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	54	<i>sumatriptan succinate</i>	47
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i> <i>17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	65	<i>sunitinib malate</i>	24
<i>solifenacin succinate</i>	66	SUNLENCA.....	8
SOLQUA INJ 100/33	53	<i>syeda</i>	58
SOLTAMOX.....	16	SYMDEKO TAB 100-150	82
SOLU-CORTEF	60	SYMDEKO TAB 50-75MG	82
SOMATULINE DEPOT.....	61, 62	SYMPAZAN.....	44
SOMAVERT.....	62	SYMTUZA TAB	9
<i>sorafenib tosylate</i>	23	SYNAREL	59
<i>sorine</i>	30	SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	52
<i>sotalol hcl</i>	30	SYNJARDY TAB 12.5-500.....	52
<i>sotalol hcl (afib/af)</i>	30	SYNJARDY TAB 5-1000MG.....	51
<i>spironolactone</i>	27	SYNJARDY TAB 5-500MG.....	51
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 25-25 mg</i>	33	SYNJARDY XR TAB 10-1000.....	52
<i>sprintec 28</i>	58	SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	52
SPRITAM.....	44	SYNJARDY XR TAB 25-1000.....	52
SPRYCEL.....	23	SYNJARDY XR TAB 5-1000MG.....	52
<i>sps</i>	54	SYNTHROID	63
<i>sronyx</i>	58	T	
<i>ssd</i>	84	TABLOID.....	15
STELARA.....	70	TABRECTA.....	24
STIVARGA.....	24	<i>tacrolimus</i>	72
<i>streptomycin sulfate</i>	6	<i>tacrolimus (topical)</i>	87
STRIBILD TAB	9	TAFINLAR	24
<i>subvenite</i>	44	TAGRISSO	24
<i>sucralfate</i>	65	TALTZ	70, 71
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	84	TALZENNA	24
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	77	<i>tamoxifen citrate</i>	16
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone</i> <i>ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	77	<i>tamsulosin hcl</i>	66
<i>sulfadiazine</i>	6	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	58
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> <i>400-80 mg/5ml</i>	6	TASIGNA	24
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> <i>200-40 mg/5ml</i>	6	<i>tasimelteon</i>	46
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> <i>400-80 mg</i>	6	<i>tazarotene</i>	84
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> <i>800-160 mg</i>	6	<i>tazicef</i>	12
		TAZORAC.....	84
		TAZVERIK	24
		TDVAX INJ 2-2 LF	74
		TECENTRIQ.....	24
		TEFLARO.....	12
		<i>telmisartan</i>	29
		<i>temazepam</i>	46
		TENIVAC INJ 5-2LF.....	74
		<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	8

TEPMETKO	24	<i>tranexamic acid</i>	68
<i>terazosin hcl</i>	28	<i>tranylcypromine sulfate</i>	36
<i>terbinafine hcl</i>	7	TRAVASOL INJ 10%	76
<i>terbutaline sulfate</i>	80	TRAZIMERA.....	24
<i>terconazole vaginal</i>	67	<i>trazodone hcl</i>	36
TERIPARATIDE.....	54	TRECATOR	10
<i>testosterone</i>	50	TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25	
<i>testosterone cypionate</i>	50	MCG	79
<i>testosterone enanthate</i>	50	TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25	
<i>tetrabenazine</i>	48	MCG	79
<i>tetracycline hcl</i>	14	TREMFYA	71
THALOMID	17	<i>treprostinil</i>	34
<i>theophylline</i>	82	TRESIBA.....	54
<i>thioridazine hcl</i>	40	TRESIBA FLEXTOUCH	54
<i>thiothixene</i>	40	<i>tretinoin</i>	84
<i>tiadylt er</i>	32	<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	17
<i>tiagabine hcl</i>	44	<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	87
TIBSOVO	24	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> 85, 86	
TICOVAC.....	74	<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i>	
<i>tigecycline</i>	14	37.5-25 mg	33
<i>tilia fe</i>	58	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>timolol maleate</i>	32	37.5-25 mg	33
<i>timolol maleate (ophth)</i>	78	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>tinidazole</i>	6	75-50 mg.....	33
TIVICAY	8	<i>tridacaine ii</i>	86
TIVICAY PD.....	8	<i>trientine hcl</i>	54
<i>tizanidine hcl</i>	49	<i>tri-estarylla</i>	58
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	77	<i>trifluoperazine hcl</i>	40
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05.....	77	<i>trifluridine</i>	77
<i>tobramycin</i>	6	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	38
<i>tobramycin (ophth)</i>	77	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp</i>		1000MG	52
0.3-0.1%	77	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-	
<i>tobramycin sulfate</i>	6	1000MG	52
<i>tolterodine tartrate</i>	66, 67	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-	
<i>topiramate</i>	44	1000MG	52
<i>toremifene citrate</i>	16	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-	
<i>torpenz</i>	24	1000MG	52
<i>torseamide</i>	33	TRIKAFTA PAK 59.5MG	82
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	53	TRIKAFTA PAK 75MG	82
TOUJEO SOLOSTAR	53	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	
TPN ELECTROL INJ	75	.....	82
TRADJENTA.....	52	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325</i>		.....	82
mg.....	4	<i>tri-legest fe</i>	58
<i>tramadol hcl</i>	4	<i>tri-linyah</i>	58
<i>trandolapril</i>	27	<i>tri-lo-estarylla</i>	58

<i>tri-lo-marzia</i>	58	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i>	
<i>tri-lo-mili</i>	58	<i>25 mg</i>	29
<i>tri-lo-sprintec</i>	58	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i>	
<i>trimethoprim</i>	6	<i>12.5 mg</i>	29
<i>tri-mili</i>	58	VALTOCO 10 MG DOSE	44
<i>trimipramine maleate</i>	36	VALTOCO 15 MG DOSE	44
TRINTELLIX.....	36	VALTOCO 20 MG DOSE	44
<i>tri-nymyo</i>	58	VALTOCO 5 MG DOSE.....	44
<i>tri-sprintec</i>	58	<i>vancomycin hcl</i>	6
TRIUMEQ PD TAB.....	9	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	6
TRIUMEQ TAB.....	10	VANCOMYCIN INJ 1 GM	6
<i>trivora-28</i>	58	VANCOMYCIN INJ 500MG.....	6
<i>tri-vylibra</i>	58	VANCOMYCIN INJ 750MG.....	6
<i>tri-vylibra lo</i>	58	VANFLYTA	24
TRIZIVIR TAB.....	10	VAQTA.....	74
TROGARZO	8	<i>varenicline tartrate</i>	50
TROPHAMINE INJ 10%.....	76	<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &</i>	
<i>tropium chloride</i>	67	<i>42 x 1 mg start pack</i>	50
TRULICITY	52	VARIVAX.....	74
TRUMENBA INJ	74	VASCEPA	31
TRUQAP.....	24	<i>velivet</i>	58
TRUXIMA	24	VELPHORO	62
TUKYSA	24	VELTASSA	54
TURALIO.....	24	VEMLIDY.....	11
<i>turqoz</i>	58	VENCLEXTA	24, 25
TWINRIX INJ	74	VENCLEXTA TAB START PK.....	25
TYBOST.....	8	<i>venlafaxine hcl</i>	36
TYPHIM VI.....	74	VENTAVIS	34
TYRVAYA	79	VENTOLIN HFA	81
U		VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	
UBRELVY	47	.....	81
<i>unithroid</i>	63	<i>verapamil hcl</i>	32
<i>ursodiol</i>	65	VERQUVO	34
V		VERSACLOZ	40
<i>valacyclovir hcl</i>	11	VERZENIO.....	25
VALCHLOR	87	<i>vestura</i>	58
<i>valganciclovir hcl</i>	11	V-GO 20 KIT.....	54
<i>valproate sodium</i>	44	V-GO 30 KIT.....	54
<i>valproic acid</i>	44	V-GO 40 KIT.....	54
<i>valsartan</i>	29	<i>vienva</i>	58
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i>		<i>vigabatrin</i>	44
<i>12.5 mg</i>	29	<i>vigadrone</i>	44
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i>		<i>vigpoder</i>	45
<i>25 mg</i>	29	<i>vilazodone hcl</i>	36
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i>		<i>vincristine sulfate</i>	18
<i>12.5 mg</i>	29	<i>vinorelbine tartrate</i>	18
		<i>viorele</i>	58

VIRACEPT	8	XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	25
VIREAD	8	XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	25
VITRAKVI.....	25	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	25
VIVITROL.....	50	XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	25
VIZIMPRO	25	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	25
VONJO.....	25	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	25
<i>voriconazole</i>	7	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	25
VOSEVI TAB	11	XTANDI	16
VRAYLAR	40	<i>xulane</i>	59
<i>vyfemla</i>	58	XULTOPHY INJ 100/3.6	54
<i>vylibra</i>	58	Y	
VYZULTA.....	78	<i>yargesa</i>	62
W		YF-VAX INJ.....	74
<i>warfarin sodium</i>	67	<i>yuvafem</i>	59
<i>water for irrigation, sterile irrigation</i>		Z	
<i>soln</i>	87	<i>zafemy</i>	59
WELIREG	17	<i>zafirlukast</i>	81
<i>wera</i>	58	ZARXIO	68
<i>wixela inhub</i>	83	ZEJULA	25
X		ZELBORAF.....	26
XALKORI.....	25	ZEMAIRA	82
XARELTO	67	<i>zenatane</i>	84
XARELTO STAR TAB 15/20MG.....	67	ZENPEP CAP 10000UNT	66
XATMEP	71	ZENPEP CAP 15000UNT	66
XCOPRI	45	ZENPEP CAP 20000UNT	66
XCOPRI PAK 100-150	45	ZENPEP CAP 25000UNT	66
XCOPRI PAK 12.5-25	45	ZENPEP CAP 3000UNIT	66
XCOPRI PAK 150-200MG		ZENPEP CAP 40000UNT	66
(MAINTENANCE)	45	ZENPEP CAP 5000UNIT	66
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)		ZENPEP CAP 60000UNT	66
.....	45	ZERViate	78
XCOPRI PAK 50-100MG.....	45	<i>zidovudine</i>	9
XDEMVY	77	ZIEXTENZO.....	68
XELJANZ.....	71	<i>ziprasidone hcl</i>	40
XELJANZ XR	71	<i>ziprasidone mesylate</i>	40
XERMELO	65	ZIRABEV.....	26
XGEVA.....	54	ZIRGAN	77
XHANCE.....	82	<i>zoledronic acid</i>	54
XIFAXAN	65	ZOLINZA.....	26
XIGDUO XR TAB 10-1000	52	<i>zolpidem tartrate</i>	47
XIGDUO XR TAB 10-500MG	52	ZONISADE	45
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	52	<i>zonisamide</i>	45
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	52	<i>zovia 1/35</i>	59
XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	52	ZTALMY	45
XIIDRA	79	<i>zumandimine</i>	59
XOLAIR.....	82	ZURZUVAE	37
XOSPATA	25	ZYDELIG.....	26

ZYKADIA.....26
ZYLET SUS 0.5-0.3%.....77

ZYPREXA RELPREVV41

Este Formulario se actualizó el 13/09/2024. 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 فوراً، 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)