

2026

FORMULARIO Y LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)

POR FAVOR, LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Identificador de envío del archivo de formulario aprobado por el Sistema de Gestión de Planes de Salud (Health Plan Management System, HPMS): 00026105.

Este formulario fue actualizado el **1 de marzo de 2026**. Para ver información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Johns Hopkins Advantage MD (HMO) al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite www.hopkinsmedicare.com.



Nota dirigida a los miembros existentes: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Por favor, revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que usted toma.

Cuando en este formulario (formulario) dice “nosotros” o “nuestro”, hace referencia a Johns Hopkins Advantage MD. Cuando menciona “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO).

Este documento contiene el listado de medicamentos (formulario) de nuestro plan que está actualizado al 1 de marzo de 2026. Para obtener un formulario actualizado, por favor póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Por lo general, debe acudir a las farmacias de la red para utilizar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/coaseguro pueden cambiar el 1 de enero del 2026 y algunas veces durante el año.

¿Cuál es el formulario de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)?

En este documento, utilizamos los términos Lista de medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista seleccionada de medicamentos cubiertos por nuestro plan en consulta con un equipo de proveedores de salud, que representa los tratamientos recetados que se cree que deben formar parte de un programa de tratamientos de calidad. Nuestro plan por lo general cubre los medicamentos listados en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea necesario en términos médicos, los medicamentos de venta con receta se despachen en una farmacia de la red del plan y se siguen otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de cobertura. Para obtener una lista completa de todos los medicamentos de venta con receta cubiertos por nuestro plan, por favor visite nuestra página web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1 de enero, pero podemos agregar o quitar medicamentos de la lista en el transcurso del año, moverlos a niveles de costo compartido diferentes o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al hacer estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web, disponible aquí: [Qué está cubierto | Johns Hopkins Advantage MD](#)

A continuación se presentan los cambios que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios de la cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de determinadas nuevas versiones de medicamentos de marca y productos biológicos originales** Podemos retirar de inmediato un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos por una nueva versión específica de ese mismo medicamento, que se incluya en el mismo nivel de copago o en uno inferior, y que mantenga las mismas o menores restricciones. Cuando incorporamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir conservar el medicamento de marca o el producto biológico original, pero cambiarlo de nivel de copago de manera inmediata o agregarle nuevas restricciones.

Podemos efectuar estos cambios inmediatos únicamente cuando agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o cuando incorporamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya figuraba en el formulario (por ejemplo, al incluir un biosimilar intercambiable que una farmacia puede sustituir por el producto biológico original sin necesidad de una nueva receta médica).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le avisemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato; sin embargo, posteriormente le proporcionaremos información sobre el o los cambios específicos que hayamos realizado.

Si efectuamos dicho cambio, usted o su médico podrán solicitar una excepción para que continuemos cubriendo el medicamento que está siendo modificado. Para obtener más información, consulte la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)?”

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden resultarle nuevos. Para obtener más información, consulte la sección titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si un medicamento es retirado del mercado por el fabricante, o si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que debe retirarse por motivos de seguridad o eficacia, podremos eliminar el medicamento de nuestro formulario de manera inmediata y, posteriormente, notificaremos a los miembros que lo utilicen.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca actualmente incluido en el formulario; o incorporar un nuevo biosimilar para sustituir un producto biológico original que figure actualmente en el formulario; o bien agregar nuevas restricciones, o mover un medicamento que mantenemos en el formulario a un nivel superior de copago, o ambas cosas, después de añadir un medicamento equivalente. También podemos realizar cambios basándonos en nuevas guías clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos requisitos de autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada sobre un medicamento, o trasladamos un medicamento a un nivel superior de copago, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia. De manera alternativa, cuando un miembro solicite un resurtido del medicamento, podrá recibir un suministro de 30 días del mismo junto con una notificación sobre el cambio.

Si realizamos estos otros cambios, usted o su médico tratante podrán solicitarnos una excepción para que continuemos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le enviaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y podrá encontrar información adicional en la sección que figura más abajo titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)?”

Cambios que no lo afectarán si usted está tomando actualmente el medicamento. Por lo general, si usted está tomando un medicamento incluido en nuestro formulario del 2026 y que estaba bajo cobertura al comienzo del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2026, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán disponibles al mismo costo compartido y sin restricciones nuevas para aquellos miembros que lo estén tomando por el resto del año de la cobertura. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1 de marzo de 2026 próximo año, dichos cambios lo afectarían y es importante que consulte el formulario en el nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente al 1 de enero de 2026. Para obtener información actualizada sobre los fármacos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. En caso de que se produzcan cambios en el formulario que no sean de mantenimiento a mitad de año, los formularios se actualizarán mensualmente y se publicarán en nuestro sitio web.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Condición médica

El vademécum comienza en la página 11. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías según el tipo de enfermedad para la que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una enfermedad cardíaca están listados bajo la categoría “CARDIOVASCULAR - MEDICAMENTOS PARA TRATAR ENFERMEDADES CARDÍACAS Y

CIRCULATORIAS”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 11. Luego busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

Listado en orden alfabético

Si no sabe en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 74. El índice contiene una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos están listados en este índice. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar la información sobre la cobertura. Vaya a la página listada en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico es aquel que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca y tiene la aprobación de la FDA. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien que los medicamentos de marca y, además, suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos de remplazo disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente pueden sustituirse por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes de cada estado.

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

En el formulario, cuando decimos medicamentos, esto puede referirse a un medicamento o a un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que presentan una estructura más compleja que los fármacos comunes. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, cuentan con alternativas que se denominan biosimilares. En general, los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico original y pueden tener un costo menor. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales,

1 de marzo de 2026

pueden sustituirse por el medicamento biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, del mismo modo que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por los de marca.

Para la información sobre los tipos de medicamentos, consulte el documento Evidencia de cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, “La “Lista de medicamentos” le indica cuáles medicamentos de la Parte D están cubiertos”.

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos podrían tener requisitos adicionales o límites de cobertura. Estos requisitos o límites podrían incluir:

- **Autorización previa:** Nuestro plan le exige a usted o a su médico obtener autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá recibir la aprobación por parte de nuestro plan antes de surtir sus medicamentos de venta con receta. Si no recibe aprobación, tal vez no cubramos el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, nuestro plan ofrece 30 tabletas cada 30 días por receta de Januvia. Esto podría ser adicional a un suministro estándar para uno o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, nuestro plan exige que usted primero pruebe algunos medicamentos para tratar su enfermedad antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para el tratamiento de su condición médica, nuestro plan podría no cubrir el medicamento B a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le sirve, entonces le cubriremos el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites al buscar en el vademécum que comienza en la página 10. En nuestro sitio de internet también puede obtener más información acerca de las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos. Hemos publicado en línea unos documentos que explican nuestras restricciones con respecto a la autorización previa y la terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción en cuanto a estas restricciones o límites o pedirle una lista de otros medicamentos similares que puedan servir para tratar su enfermedad. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)?” en la página 5 para ver información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta libre?

Los medicamentos de venta libre (por sus siglas en inglés, OTC) son aquellos que se venden sin receta médica y que por lo general no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Nuestro plan paga por ciertos medicamentos de venta libre. Nuestro plan le proporcionará estos medicamentos de venta libre sin costo alguno. El costo de estos medicamentos de venta libre para nuestro plan no contará en los costos totales de su Parte D.

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

Si su medicamento no está incluido en este formulario (listado de medicamentos cubiertos), primero debe ponerse en contacto con Servicio de Atención al Cliente y preguntar si cubrimos su medicamento.

Si se entera de que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicio de Atención al Cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstrésela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra su medicamento. Revise más abajo para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)?

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción en las reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que nos puede solicitar.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aun cuando este no se encuentre en nuestro formulario. De aprobarse, este medicamento será cubierto a un nivel predeterminado de costo compartido y no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede solicitarnos que eliminemos una restricción de cobertura, incluidas la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad para su medicamento. Por ejemplo, nuestro plan limita la cantidad que cubriremos de determinados medicamentos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

Generalmente, solo aprobaremos su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento con un nivel de copago más bajo o la aplicación de la restricción no resultaran igual de eficaces para usted y/o pudieran causarle efectos adversos.

Usted o su médico tratante deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción del formulario, incluyendo una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, su médico deberá explicar los motivos médicos por los cuales usted necesita dicha excepción.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas de haber recibido la declaración de apoyo de su médico. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si considera, y nosotros coincidimos, que su salud podría verse gravemente afectada al esperar hasta 72 horas por una decisión. Si estamos de acuerdo, o si su médico solicita una decisión acelerada, debemos darle una respuesta a más tardar dentro de las 24 horas después de recibir la declaración justificativa de su médico.

1 de marzo de 2026

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no figura en el formulario o tiene alguna restricción?

Como miembro nuevo o regular de nuestro plan, podría estar tomando medicamentos que no estén dentro de nuestro formulario. O bien, puede estar tomando un medicamento que sí aparece en el formulario, pero que tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debería hablar con el profesional que receta sobre la posibilidad de solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que sí esté cubierto, o presentar una solicitud de excepción al formulario para que podamos cubrir el medicamento que usted utiliza. Mientras usted y su médico determinan cuál es la mejor opción en su caso, es posible que cubramos su medicamento en ciertas circunstancias durante los primeros 90 días desde que se convierte en miembro de nuestro plan.

Para cada medicamento que no esté incluido en nuestro formulario o tenga una restricción de cobertura, le proporcionaremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta es por menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. Si la cobertura no se aprueba después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si usted ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si es residente de una institución de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no esté en nuestro formulario o su capacidad para obtener los medicamentos es limitada, pero tiene más de 90 días como miembro del plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días para ese medicamento mientras tramita una excepción al formulario.

Si experimenta un cambio en su nivel de cuidado, como un cambio de un hospital a un hogar, y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario, o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal único por hasta 30 días (o 31 días si es residente de cuidado a largo plazo) de una farmacia de la red. Durante este período, debe usar el proceso de excepción del plan si desea tener una cobertura continua del medicamento después de que finalice el suministro temporal.

Para más información

Para más información detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO), revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre nuestro plan, contáctenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

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

1 de marzo de 2026

Y0124_HMOSeFormulary1025_C

Formulario de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)

El formulario que comienza en la próxima página proporciona información sobre la cobertura de medicamentos de nuestro plan. Si tiene algún problema para encontrar su medicamento en el listado, pase al índice que comienza en la página 74.

La primera columna del cuadro indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben en mayúsculas (p. ej., SYNTHROID) y los genéricos en minúsculas en cursiva (p. ej., *levotiroxina*).

La información en la columna de Requerimientos/Límites le dice si nuestro plan tiene algún requerimiento especial para la cobertura de su medicamento.

PA – Autorización previa. Nuestro plan le exige a usted o a su proveedor obtener autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará recibir nuestra aprobación antes de surtir sus recetas. Si no recibe aprobación, tal vez no cubramos el medicamento.

QL – El medicamento tiene un límite de cantidad. Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, nuestro plan ofrece 30 tabletas cada 30 días por receta de rosuvastatina.

ST – Terapia escalonada. En algunos casos, nuestro plan exige que usted primero pruebe algunos medicamentos para tratar su enfermedad antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B sirven para tratar su trastorno médico, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le sirve, entonces le cubriremos el medicamento B.

NM – No está disponible en farmacias de pedido por correo.

B/D – Este medicamento puede estar cubierto por las partes B o D de Medicare, dependiendo de las circunstancias. Podría ser necesario enviar información que describa el uso y el entorno del medicamento para hacer una determinación.

I - Es posible que el copago de nivel de este medicamento no se aplique a usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro de un mes. Llame a Servicio de Atención al Cliente para conocer el costo estimado.

EX - Este medicamento con receta no lo cubre normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare. La cantidad que pague cuando surta una receta de este medicamento no cuenta para el costo total de sus medicamentos (esto es, la cantidad que paga no lo ayuda a calificar para cobertura catastrófica). Además, si recibe ayuda adicional para pagar por sus recetas, no obtendrá ninguna ayuda adicional para pagar por este medicamento.

* - Sin suministro de días extendidos. No disponible para un suministro extendido (a largo plazo).

1 de marzo de 2026

Y0124_HMOSeFormulary1025_C

Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)		
Deducible: \$250		
Usted no pagará más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto, sin importar el nivel del costo compartido aún si no ha pagado su deducible		
Nivel de costo compartido	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (en la red)	Costo compartido estándar de pedido por correo (en la red)
Nivel 1 de costo compartido (genérico preferido)	Copago de \$0 para 30 días de suministro Copago de \$0 para 60 días de suministro Copago de \$0 por 90 días de suministro	Copago de \$0 para 30 días de suministro Copago de \$0 para 60 días de suministro Copago de \$0 por 90 días de suministro
Nivel 2 de costo compartido (genérico)	Copago de \$10 por 30 días de suministro Copago de \$15 por 60 días de suministro Copago de \$20 por 90 días de suministro	Copago de \$10 por 30 días de suministro Copago de \$15 por 60 días de suministro Copago de \$20 por 90 días de suministro
Nivel 3 de costo compartido (marcas preferidas)	Coaseguro del 25 % por 30 días de suministro Coaseguro del 25 % por 60 días de suministro Coaseguro del 25 % por 90 días de suministro	Coaseguro del 25 % por 30 días de suministro Coaseguro del 25 % por 60 días de suministro Coaseguro del 25 % por 90 días de suministro
Nivel 4 de costo compartido (medicamento no preferido)	Coaseguro del 25 % por 30 días de suministro Coaseguro del 25 % por 60 días de suministro Coaseguro del 25 % por 90 días de suministro	Coaseguro del 25 % por 30 días de suministro Coaseguro del 25 % por 60 días de suministro Coaseguro del 25 % por 90 días de suministro

1 de marzo de 2026

Y0124_HMOSeFormulary1025_C

Nivel 5 de costo compartido (nivel de especialidad)	Coaseguro del 30 % por 30 días de suministro (solamente)
--	--

NOTA:

- Los medicamentos se proveen en un centro de cuidados a largo plazo para un suministro de hasta 31 días.
- Los medicamentos del nivel 5 solo están disponibles por 30 días de suministro.
- El pedido por correo está disponible para pedir cómodamente hasta un suministro de medicamentos para 100 días en el Nivel 1 y un suministro para 90 días de medicamentos del Nivel 2 al Nivel 4. Puede comunicarse con nosotros llamando por teléfono al número que se encuentra en la portada y contraportada.
- Puede encontrar la información completa sobre costos compartidos en la Evidencia de cobertura.

Cobertura de medicamentos adicionales

Advantage MD cubre los siguientes medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Estos medicamentos excluidos cubiertos están cubiertos en el Nivel 2 e incluyen vitaminas recetadas seleccionadas, medicamentos para la tos y el resfriado y medicamentos para la disfunción eréctil.

Tenga en cuenta que: Los costos de los medicamentos excluidos que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare no contarán para los costos totales de medicamentos recetados de Medicare ni para los gastos de bolsillo anuales.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos /límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos /límites
<i>Tos y resfriado</i>			<i>Salud de los hombres</i>		
Benzonatato 150 mg cápsula oral	2	EJEMPLO	Sildenafil comprimidos 100mg QL (6 comprimidos / 30 días)	2	QL EX
Benzonatato cápsula 100mg	2	EJEMPLO	Sildenafil comprimidos 25mg QL (6 comprimidos / 30 días)	2	QL EX
Benzonatato cápsula 200mg	2	EJEMPLO	Sildenafil comprimidos 50mg QL (6 comprimidos / 30 días)	2	QL EX
Brom/Pse/Dm jarabe 2/30/10	2	EJEMPLO	<i>Vitaminas recetadas</i>		
Prometazina jarabe VC 6.25-5mg/5ml	2	EJEMPLO	Ácido fólico comprimidos 1 mg	2	EJEMPLO
Prometazina/codeína solución 6.25-10mg/5m	2	EJEMPLO	Cianobalamina 1000 mcg/ml inyectable	2	EJEMPLO
Prometazina solución DM	2	EJEMPLO	Nascobal Spr 500mcg	2	EJEMPLO
			Vitamina B12 1 mg/ml Solución inyectable	2	EJEMPLO
			Comprimidos de Vitamina D2 50,000IU	2	EJEMPLO

1 de marzo de 2026

Y0124_HMOSeFormulary1025_C

Johns Hopkins Advantage MD (HMO)

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
ANALGESICS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION	
GOUT - DRUGS TO TREAT GOUT	
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	1
<i>colchicine</i> TABS .6mg QL (120 tabs / 30 days)	3 QL
<i>colchicine w/ probenecid tab</i> 0.5-500 mg	3
<i>probenecid</i> TABS 500mg	3
MISCELLANEOUS	
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> (generic of XYLOCAINE-MPF) SOLN .5%, 1%, 1.5%	3 B/D
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> (generic of XYLOCAINE) SOLN .5%, 1%, 2%	3 B/D
NSAIDS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION	
<i>celecoxib</i> (generic of CELEBREX) CAPS 50mg, 100mg, 200mg QL (60 caps / 30 days)	3 QL
<i>celecoxib</i> (generic of CELEBREX) CAPS 400mg QL (30 caps / 30 days)	3 QL
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg QL (120 tabs / 30 days)	2 QL
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg	3
<i>diclofenac sodium</i> TBEC 25mg, 50mg, 75mg	2
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	3
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	3
<i>etodolac</i> (generic of LODINE) TABS 400mg	3
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	3
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	3

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES
<i>ibuprofen</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	1
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	2
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	1
<i>naproxen</i> TBEC 375mg QL (120 tabs / 30 days)	2 QL
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	3
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	3
<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 QL (10 patches / 30 days)	4 QL PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	4 QL PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 100mg, 120mg QL (30 tabs / 30 days)	5 * QL PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml QL (450 mL / 30 days)	3 QL PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg QL (90 tabs / 30 days)	3 QL PA
<i>methadone hydrochloride i</i> (generic of METHADOSE) CONC 10mg/ml QL (90 mL / 30 days)	3 QL PA
<i>morphine sulfate</i> (generic of MS CONTIN) TBCR 15mg, 30mg, 60mg QL (90 tabs / 30 days)	3 QL PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 100mg, 200mg QL (90 tabs / 30 days)	3 QL PA

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i> QL (2700 mL / 30 days)	3	QL
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i> QL (400 tabs / 30 days)	2	QL
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i> QL (360 tabs / 30 days)	2	QL
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i> QL (180 tabs / 30 days)	2	QL
<i>butorphanol tartrate SOLN 1mg/ml, 2mg/ml</i>	4	
<i>endocet tab 2.5-325mg</i> QL (360 tabs / 30 days)	3	QL
<i>endocet tab 5-325mg (generic of PERCO CET)</i> QL (360 tabs / 30 days)	3	QL
<i>endocet tab 7.5-325mg (generic of PERCO CET)</i> QL (240 tabs / 30 days)	3	QL
<i>endocet tab 10-325mg (generic of PERCO CET)</i> QL (180 tabs / 30 days)	3	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i> QL (2700 mL / 30 days)	4	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i> QL (240 tabs / 30 days)	3	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i> QL (180 tabs / 30 days)	3	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i> QL (180 tabs / 30 days)	3	QL
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i> QL (150 tabs / 30 days)	3	QL
<i>hydromorphone hcl (generic of DILAUDID) LIQD 1mg/ml</i> QL (600 mL / 30 days)	4	QL
<i>hydromorphone hcl (generic of DILAUDID) TABS 2mg, 4mg, 8mg</i> QL (180 tabs / 30 days)	3	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>morphine sulfate SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml</i>	4	B/D
<i>morphine sulfate SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml</i> QL (900 mL / 30 days)	3	QL
<i>morphine sulfate SOLN 100mg/5ml</i> QL (180 mL / 30 days)	3	QL
<i>morphine sulfate TABS 15mg, 30mg</i> QL (180 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxycodone hcl CONC 100mg/5ml</i> QL (180 mL / 30 days)	4	QL
<i>oxycodone hcl SOLN 5mg/5ml</i> QL (900 mL / 30 days)	4	QL
<i>oxycodone hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg</i> QL (180 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxycodone hcl (generic of ROXICODONE) TABS 15mg, 30mg</i> QL (180 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i> QL (360 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg (generic of PERCO CET)</i> QL (360 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg (generic of PERCO CET)</i> QL (240 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg (generic of PERCO CET)</i> QL (180 tabs / 30 days)	3	QL
<i>tramadol hcl TABS 50mg</i> QL (240 tabs / 30 days)	2	QL
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i> QL (240 tabs / 30 days)	2	QL

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS		
<i>albendazole</i> TABS 200mg QL (672 tabs / year)	4	QL PA
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	4	
ARIKAYCE SUSP 590mg/8.4ml	5	* NM PA
<i>atovaquone</i> (generic of MEPRON) SUSP 750mg/5ml QL (300 mL / 30 days)	4	QL PA
<i>aztreonam</i> (generic of AZACTAM) SOLR 1gm, 2gm	4	
BLUJEPa TABS 750mg	3	
CAYSTON SOLR 75mg	5	* NM PA
<i>clindamycin hcl</i> (generic of CLEOCIN) CAPS 75mg, 150mg, 300mg	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> (generic of CLEOCIN PEDIATRIC GRANULE) SOLR 75mg/5ml	4	
<i>clindamycin phosphate</i> (generic of CLEOCIN PHOSPHATE) SOLN 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml	3	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	4	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	4	
<i>colistimethate sodium</i> (generic of COLY-MYCIN M) SOLR 150mg	4	
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	3	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	5	*
<i>daptomycin</i> (generic of DAPTOMYCIN) SOLR 350mg	5	*

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>daptomycin</i> SOLR 500mg	5	*
EMVERM CHEW 100mg QL (12 tabs / year)	5	* QL
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	3	
<i>fosfomycin tromethamine</i> PACK 3gm	4	
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	3	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i> (generic of PRIMAXIN IV)	4	
IMPAVIDO CAPS 50mg	5	* PA
<i>ivermectin</i> (generic of STROMECTOL) TABS 3mg QL (20 tabs / 90 days)	3	QL PA
<i>ivermectin</i> TABS 6mg QL (10 tabs / 90 days)	3	QL PA
<i>linezolid</i> (generic of ZYVOX) SOLN 600mg/300ml	4	
<i>linezolid</i> (generic of ZYVOX) SUSR 100mg/5ml QL (1800 mL / 30 days)	5	* QL
<i>linezolid</i> TABS 600mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL
LINEZOLID INJ 2MG/ML	4	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	4	
<i>meropenem</i> (generic of MEROPENEM) SOLR 2gm	4	
<i>methenamine hippurate</i> (generic of HIPREX) TABS 1gm	3	
<i>metronidazole</i> (generic of METRONIDAZOLE) SOLN 500mg/100ml	3	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>metronidazole</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	2	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg QL (6 tabs / 30 days)	5	* QL
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> (generic of MACRODANTIN) CAPS 50mg, 100mg	3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> (generic of MACROBID) CAPS 100mg	3	
<i>pentamidine isethionate inh</i> (generic of NEBUPENT) SOLR 300mg	4	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> (generic of PENTAM 300) SOLR 300mg	4	
<i>polymyxin b sulfate</i> SOLR 500000unit	4	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	4	
<i>pyrimethamine</i> (generic of DARAPRIM) TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL PA
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	5	*
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	5	*
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i> (generic of BACTRIM)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i> (generic of BACTRIM DS)	1	
<i>tinidazole</i> TABS 250mg, 500mg	3	
TOBI PODHALER CAPS 28mg	5	* NM PA
<i>tobramycin</i> (generic of KITABIS PAK) NEBU 300mg/5ml	5	* NM PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 80mg/2ml	3	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	3	
<i>vancomycin hcl</i> (generic of VANCOGIN) CAPS 125mg QL (80 caps / 180 days)	4	QL
<i>vancomycin hcl</i> (generic of VANCOGIN) CAPS 250mg QL (160 caps / 180 days)	4	QL
<i>vancomycin hcl</i> (generic of VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE) SOLR 1.25gm, 750mg	4	
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg	4	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	4	
VANCOMYCIN INJ 500MG	4	
VANCOMYCIN INJ 750MG	4	
ANTIFUNGALS - DRUGS TO TREAT FUNGAL INFECTIONS		
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	4	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> (generic of AMBISOME) SUSR 50mg	5	* B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	4	
CRESEMBA CAPS 74.5mg, 186mg	5	* PA
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml; TABS 50mg	3	
<i>fluconazole</i> (generic of DIFLUCAN) SUSR 40mg/ml	3	
<i>fluconazole</i> TABS 100mg, 200mg	2	
<i>fluconazole</i> (generic of DIFLUCAN) TABS 150mg	2	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i>	3	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	3	
<i>flucytosine</i> (generic of ANCOBON) CAPS 250mg, 500mg	5	* PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	4	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>itraconazole</i> (generic of SPORANOX) CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	4	QL
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	3	PA
<i>miconazole sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	4	
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	3	
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg QL (93 tabs / 30 days)	5	* QL PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg QL (30 tabs / 30 days) PA applies after a 90 day supply in a calendar year	2	QL PA
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND IV) SOLR 200mg	4	PA
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND) SUSR 40mg/ml QL (600 mL / 28 days)	5	* QL PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg QL (480 tabs / 30 days)	4	QL
<i>voriconazole</i> TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	4	QL
ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 62.5-25 mg (generic of MALARONE)	4	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 250-100 mg (generic of MALARONE)	4	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	4	
COARTEM TAB 20-120MG	4	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	3	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	3	
<i>primaquine phosphate</i> (generic of PRIMAQUINE PHOSPHATE) TABS 26.3mg	3	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	4	PA
ANTIRETROVIRAL AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
<i>abacavir sulfate</i> (generic of ZIAGEN) SOLN 20mg/ml	4	NM
<i>abacavir sulfate</i> TABS 300mg	4	NM
APTIVUS CAPS 250mg	5	* NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg	4	NM

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>atazanavir sulfate</i> (generic of REYATAZ) CAPS 200mg, 300mg	4	NM
<i>darunavir</i> (generic of PREZISTA) TABS 600mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL NM
<i>darunavir</i> (generic of PREZISTA) TABS 800mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL NM
EDURANT TABS 25mg	5	* NM
EDURANT PED TBSO 2.5mg	5	* NM
<i>efavirenz</i> TABS 600mg	4	NM
<i>emtricitabine</i> (generic of EMTRIVA) CAPS 200mg	4	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	4	NM
<i>etravirine</i> (generic of INTELENCE) TABS 100mg, 200mg	5	* NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	5	* NM
INTELENCE TABS 25mg	4	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	4	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	5	* NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	5	* NM
<i>lamivudine</i> (generic of EPIVIR) SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	3	NM
<i>maraviroc</i> (generic of SELZENTRY) TABS 150mg, 300mg	5	* NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TB24 400mg	4	NM
<i>nevirapine</i> TABS 200mg	2	NM
NORVIR PACK 100mg	4	NM
PIFELTRO TABS 100mg	5	* NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml QL (400 mL / 30 days)	5	* QL NM
PREZISTA TABS 75mg QL (480 tabs / 30 days)	4	QL NM
PREZISTA TABS 150mg QL (240 tabs / 30 days)	5	* QL NM
REYATAZ PACK 50mg	5	* NM
<i>ritonavir</i> (generic of NORVIR) TABS 100mg	3	NM
RUKOBIA TB12 600mg	5	* NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml	5	* NM

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
SUNLENCA TABS 300mg; TBPK 300mg	5	* NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (generic of VIREAD) TABS 300mg	4	NM
TIVICAY TABS 50mg	5	* NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	5	* NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5	* NM
TYBOST TABS 150mg	3	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	* NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	* NM
<i>zidovudine</i> (generic of RETROVIR) CAPS 100mg	4	NM
<i>zidovudine</i> (generic of RETROVIR) SYRP 50mg/5ml	3	NM
<i>zidovudine</i> TABS 300mg	3	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	4	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	5	* NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	5	* NM
CIMDUO TAB 300-300	5	* NM
DELSTRIGO TAB	5	* NM
DESCOVY TAB 120-15MG	5	* NM
DESCOVY TAB 200/25MG	5	* NM
DOVATO TAB 50-300MG	5	* NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	4	NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	5	* NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i> (generic of SYMFI)	5	* NM
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir df tab 200-25-300 mg</i> (generic of COMPLERA)	5	* NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i> (generic of TRUVADA)	4	NM

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i> (generic of TRUVADA)	5	* NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i> (generic of TRUVADA)	4	NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i> (generic of TRUVADA)	4	NM
EVOTAZ TAB 300-150	5	* NM
GENVOYA TAB	5	* NM
JULUCA TAB 50-25MG	5	* NM
KALETRA SOL	4	NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	4	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i> (generic of KALETRA)	4	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i> (generic of KALETRA)	4	NM
ODEFSEY TAB	5	* NM
PREZCOBIX TAB 675/150	5	* NM
PREZCOBIX TAB 800-150	5	* NM
STRIBILD TAB	5	* NM
SYMTUZA TAB	5	* NM
TRIUMEQ PD TAB	4	NM
TRIUMEQ TAB	5	* NM
ANTITUBERCULAR AGENTS - DRUGS TO TREAT TUBERCULOSIS		
<i>cycloserine</i> CAPS 250mg	5	*
<i>ethambutol hcl</i> TABS 100mg, 400mg	3	
<i>isoniazid</i> SYRP 50mg/5ml	4	
<i>isoniazid</i> TABS 100mg, 300mg	1	
PRIFTIN TABS 150mg	4	
<i>pyrazinamide</i> TABS 500mg	4	
<i>rifabutin</i> CAPS 150mg	4	
<i>rifampin</i> CAPS 150mg, 300mg	3	
<i>rifampin</i> (generic of RIFADIN) SOLR 600mg	4	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	5	* NM PA

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
ANTIVIRALS - DRUGS TO TREAT VIRAL INFECTIONS		
<i>acyclovir</i> CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg	2	
<i>acyclovir</i> SUSP 200mg/5ml	4	
<i>acyclovir sodium</i> SOLN 50mg/ml	4	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	4	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	5	* NM ST
<i>entecavir</i> (generic of BARACLUDE) TABS .5mg, 1mg	4	NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	5	* NM PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	5	* NM PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	5	* NM PA
EPCLUSA TAB 400-100	5	* NM PA
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	3	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	4	B/D
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	3	NM
LIVTENCITY TABS 200mg QL (336 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
MAVYRET PAK 50-20MG	5	* NM PA
MAVYRET TAB 100-40MG	5	* NM PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg QL (168 caps / year)	3	QL
<i>oseltamivir phosphate</i> (generic of TAMIFLU) CAPS 45mg, 75mg QL (84 caps / year)	3	QL
<i>oseltamivir phosphate</i> (generic of TAMIFLU) SUSR 6mg/ml QL (1080 mL / year)	3	QL
PAXLOVID PAK QL (22 tabs / 90 days)	2	QL
PAXLOVID TAB 150-100 QL (40 tabs / 90 days)	2	QL
PAXLOVID TAB 300-100 QL (60 tabs / 90 days)	2	QL
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	5	* NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg QL (28 tabs / 28 days)	5	* QL PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister QL (6 inhalers / year)	3	QL
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	3	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	4	
<i>valacyclovir hcl</i> (generic of VALTREX) TABS 1gm, 500mg	3	
<i>valganciclovir hcl</i> (generic of VALCYTE) SOLR 50mg/ml	5	*
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	3	
VOSEVI TAB	5	* NM PA
CEPHALOSPORINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	3	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg	2	
<i>cefadroxil</i> SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	3	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	4	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	3	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	4	
CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%	4	
CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%	4	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2%	4	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%	4	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg	2	
<i>cefdinir</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	4	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>cefotetan disodium</i> (generic of CEFOTAN) SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> TABS 100mg, 200mg	3	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	3	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	2	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	3	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg	1	
<i>cephalexin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	5	*
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>azithromycin</i> (generic of ZITHROMAX) SOLR 500mg; SUSR 200mg/5ml	3	
<i>azithromycin</i> SUSR 100mg/5ml	3	
<i>azithromycin</i> (generic of ZITHROMAX) TABS 250mg, 500mg	1	
<i>azithromycin</i> TABS 600mg	1	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	4	
<i>clarithromycin</i> TABS 250mg, 500mg	3	
<i>clarithromycin</i> (generic of BIAXIN XL) TB24 500mg	4	
DIFICID SUSR 40mg/ml	5	*
e.e.s. 400 TABS 400mg	4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	4	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	4	
<i>erythromycin lactobionate</i> (generic of ERYTHROCIN LACTOBIONATE) SOLR 500mg	4	
<i>fidaxomicin</i> (generic of DIFICID) TABS 200mg	5	*
FLUOROQUINOLONES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	3	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (generic of CIPRO) TABS 250mg, 500mg	1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 750mg	1	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>levofloxacin</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	3	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	3	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	3	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	3	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	4	
PENICILLINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<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 QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i> (generic of AUGMENTIN ES-600)	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	2	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	2	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i> (generic of UNASYN)	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i> (generic of UNASYN)	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i> (generic of UNASYN BULK PACK)	4	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg</i>	4	
<i>BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml</i>	4	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	3	
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	4	
<i>nafcillin sodium SOLR 10gm</i>	5	*
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	4	
<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	4	
<i>penicillin g sodium SOLR 5000000unit</i>	4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium TABS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>pfizerpen SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	4	
TETRACYCLINES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>doxy 100 SOLR 100mg</i>	4	
<i>doxycycline (monohydrate) CAPS 50mg, 100mg</i>	2	
<i>doxycycline (monohydrate) SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg</i>	3	
<i>doxycycline hyclate CAPS 50mg, 100mg; TABS 20mg, 100mg</i>	3	
<i>doxycycline hyclate SOLR 100mg</i>	4	
<i>minocycline hcl CAPS 50mg, 75mg, 100mg</i>	3	
<i>NUZYRA SOLR 100mg</i>	5	* NM
<i>NUZYRA TABS 150mg</i> QL (30 tabs / 14 days)	5	* QL NM
<i>tetracycline hcl CAPS 250mg, 500mg</i>	4	
<i>tigecycline</i> (generic of TYGACIL) SOLR 50mg	4	
ANTINEOPLASTIC AGENTS - DRUGS TO TREAT CANCER		
ALKYLATING AGENTS		
<i>BENDAMUSTINE HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml</i>	5	* B/D NM
<i>BENDEKA SOLN 100mg/4ml</i>	5	* B/D NM

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	3	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml	3	B/D
<i>cisplatin</i> (generic of CISPLATIN) SOLN 200mg/200ml	3	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg	3	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	5	* B/D NM
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml	5	* B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 1gm, 500mg	4	B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 2gm	5	* B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	4	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	5	* B/D
FRINDOVYX SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	5	* B/D NM
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	4	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	5	* NM
LEUKERAN TABS 2mg	5	* PA
<i>lomustine</i> (generic of GLEOSTINE) CAPS 10mg, 40mg	4	NM
<i>lomustine</i> (generic of GLEOSTINE) CAPS 100mg	5	* NM
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	4	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 50mg, 100mg	5	* B/D
VIVIMUSTA SOLN 100mg/4ml	5	* B/D NM
ANTIMETABOLITES		
<i>azacitidine</i> (generic of VIDAZA) SUSR 100mg	5	* B/D NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	3	B/D

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	3	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> (generic of GEMCITABINE HYDROCHLORIDE) SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml	4	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLR 1gm, 2gm, 200mg	4	B/D
INQOVI TAB 35-100MG QL (5 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
LONSURF TAB 15-6.14 QL (100 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
LONSURF TAB 20-8.19 QL (80 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>mercaptopurine</i> (generic of PURIXAN) SUSP 2000mg/100ml	5	* NM
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	3	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	2	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg QL (14 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>pemetrexed disodium</i> (generic of ALIMTA) SOLR 100mg, 500mg	5	* B/D
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 750mg, 1000mg	5	* B/D
TABLOID TABS 40mg	5	* PA
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate</i> (generic of ZYTIGA) TABS 250mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>abiraterone acetate</i> (generic of ZYTIGA) TABS 500mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>abirtega</i> (generic of ZYTIGA) TABS 250mg QL (120 tabs / 30 days)	4	QL NM PA
AKEEGA TAB 50/500MG QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
AKEEGA TAB 100/500 QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>anastrozole</i> (generic of ARIMIDEX) TABS 1mg	2	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>bicalutamide</i> (generic of CASODEX) TABS 50mg	2	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	4	NM PA
ERLEADA TABS 60mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ERLEADA TABS 240mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
EULEXIN CAPS 125mg	5	*
<i>exemestane</i> (generic of AROMASIN) TABS 25mg	4	
FIRMAGON SOLR 80mg	4	NM PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	5	* NM PA
<i>fulvestrant</i> (generic of FASLODEX) SOSY 250mg/5ml	5	* B/D
INLURIYO TABS 200mg QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>letrozole</i> (generic of FEMARA) TABS 2.5mg	2	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	4	NM PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	5	* NM PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5	* NM PA
LYSODREN TABS 500mg	5	* NM
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	3	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	5	*
NUBEQA TABS 300mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ORGOVYX TABS 120mg	5	* NM PA
ORSERDU TABS 86mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ORSERDU TABS 345mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	*
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	
<i>toremifene citrate</i> (generic of FARESTON) TABS 60mg	4	PA
XTANDI CAPS 40mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
XTANDI TABS 40mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
XTANDI TABS 80mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
YONSA TABS 125mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg QL (21 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (21 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
THALOMID CAPS 50mg QL (84 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
THALOMID CAPS 100mg QL (112 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml QL (2 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>bexarotene</i> (generic of TARGRETIN) CAPS 75mg QL (300 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>doxorubicin hcl</i> (generic of DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE) SOLN 2mg/ml	4	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> (generic of DOXIL) SUSP 2mg/ml	5	* B/D
<i>hydroxyurea</i> (generic of HYDREA) CAPS 500mg	2	
<i>irinotecan hcl</i> (generic of CAMPTOSAR) SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml	4	B/D
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 500mg/25ml	4	B/D
IWILFIN TABS 192mg QL (240 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	4	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	3	
MATULANE CAPS 50mg	5	* NM

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>mesna</i> (generic of MESNEX) TABS 400mg	5	*
MODEYSO CAPS 125mg QL (20 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>tretinoin</i> (chemotherapy) CAPS 10mg	5	*
WELIREG TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
MITOTIC INHIBITORS		
<i>docetaxel</i> (generic of DOCETAXEL) CONC 20mg/ml	4	B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	* B/D
<i>docetaxel</i> (generic of DOCETAXEL) CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	* B/D
DOCIVYX SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	* B/D NM
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	3	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4	B/D
<i>paclitaxel inj 100mg</i> (generic of ABRAAXANE)	5	* B/D NM
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	2	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	4	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAPS 150mg QL (240 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
ALUNBRIG TABS 30mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ALUNBRIG PAK QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
AUGTYRO CAPS 40mg QL (240 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
AUGTYRO CAPS 160mg QL (60 caps / 30 days)	5	* QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
AVMAPKI PAK FAKZYNJA QL (1 pack / 28 days)	5	* QL NM PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
BALVERSA TABS 3mg QL (84 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
BALVERSA TABS 4mg QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
BALVERSA TABS 5mg QL (28 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg	4	NM PA
<i>bortezomib</i> (generic of VELCADE) SOLR 3.5mg	5	* NM PA
BOSULIF CAPS 50mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
BOSULIF CAPS 100mg QL (300 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
BOSULIF TABS 100mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
BOSULIF TABS 400mg, 500mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
BRAFTOVI CAPS 75mg QL (180 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
BRUKINSA CAPS 80mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
BRUKINSA TABS 160mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
CALQUENCE TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
CAPRELSA TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
CAPRELSA TABS 300mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg QL (84 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
COMETRIQ KIT 100MG QL (56 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
COMETRIQ KIT 140MG QL (112 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg QL (56 caps / 28 days)	5	* QL NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
COTELLIC TABS 20mg QL (63 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
DANZITEN TABS 71mg, 95mg QL (112 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>dasatinib</i> (generic of SPRYCEL) TABS 20mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>dasatinib</i> (generic of SPRYCEL) TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
DAURISMO TABS 25mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
DAURISMO TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ENSACOVE CAPS 25mg QL (270 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
ENSACOVE CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
ERIVEDGE CAPS 150mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR) TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 2mg, 5mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 3mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg QL (21 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
FRUZAQLA CAPS 1mg QL (84 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
FRUZAQLA CAPS 5mg QL (21 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
GAVRETO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>gefitinib</i> (generic of IRESSA) TABS 250mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
GOMEKLI CAPS 1mg QL (168 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
GOMEKLI CAPS 2mg QL (84 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
GOMEKLI TBSO 1mg QL (168 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
HERCEP HYLEC SOL 60- 10000	5	* NM PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	5	* NM PA
HERCESSI SOLR 150mg, 420mg	5	* NM PA
HERNEXEOS TABS 60mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5	* NM PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
IBTROZI CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>imatinib mesylate</i> (generic of GLEEVEC) TABS 100mg QL (90 tabs / 30 days)	4	QL NM PA
<i>imatinib mesylate</i> (generic of GLEEVEC) TABS 400mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
IMBRUVICA CAPS 70mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
IMBRUVICA CAPS 140mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml QL (216 mL / 27 days)	5	* QL NM PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
IMKELDI SOLN 80mg/ml QL (280 mL / 28 days)	5	* QL NM PA
INLYTA TABS 1mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
INLYTA TABS 5mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
INREBIC CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
ITOVEBI TABS 3mg QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
ITOVEBI TABS 9mg QL (28 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
JAYPIRCA TABS 50mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
JAYPIRCA TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	* B/D NM
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	* NM PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	* NM PA
KEYTRUDA INJ QLEX 395- 4800 MG-UNIT/2.4ML QL (1 vial / 21 days)	5	* QL NM PA
KEYTRUDA INJ QLEX 790- 9600 MG-UNIT/4.8ML QL (1 vial / 42 days)	5	* QL NM PA
KISQALI 200 DOSE TBP 200mg QL (21 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
KISQALI 400 DOSE TBP 200mg QL (42 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
KISQALI 400 PAK FEMARA QL (70 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
KISQALI 600 DOSE TBP 200mg QL (63 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
KISQALI 600 PAK FEMARA QL (91 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
KOMZIFTI CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
KOSELUGO CAPS 10mg QL (240 caps / 30 days)	5	* QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
KOSELUGO CAPS 25mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
KOSELUGO CPSP 5mg QL (600 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
KOSELUGO CPSP 7.5mg QL (360 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
KRAZATI TABS 200mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>lapatinib ditosylate</i> (generic of TYKERB) TABS 250mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
LAZCLUZE TABS 80mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
LAZCLUZE TABS 240mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (60 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (90 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (60 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
LENVIMA CAP 14 MG QL (60 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
LENVIMA CAP 18 MG QL (90 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
LENVIMA CAP 24 MG QL (90 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
LORBRENA TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
LORBRENA TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
LUMAKRAS TABS 120mg QL (240 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
LUMAKRAS TABS 240mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
LUMAKRAS TABS 320mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPk 4mg QL (84 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPk 4mg QL (112 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPk 4mg QL (140 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml QL (1260 mL / 30 days)	5	* QL NM PA
MEKINIST TABS 2mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
MEKINIST TABS .5mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
MEKTOVI TABS 15mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
MONJUVI SOLR 200mg	5	* NM PA
NERLYNX TABS 40mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>nilotinib hcl</i> (generic of TASIGNA) CAPS 50mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>nilotinib hcl</i> (generic of TASIGNA) CAPS 150mg, 200mg QL (112 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg QL (3 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
ODOMZO CAPS 200mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
OGIVRI SOLR 150mg, 420mg	5	* NM PA
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
OJEMDA SUSR 25mg/ml QL (96 mL / 28 days)	5	* QL NM PA
OJEMDA TABS 100mg QL (24 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5	* NM PA
<i>pazopanib hcl</i> (generic of VOTRIENT) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>pazopanib hcl</i> TABS 400mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg QL (28 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
PHESGO SOL	5	* NM PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPk 200mg QL (28 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPk 150mg QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
QINLOCK TABS 50mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
RETEVMO TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
RETEVMO TABS 80mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
RETEVMO TABS 120mg, 160mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
REVUFORJ TABS 25mg QL (240 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
REVUFORJ TABS 110mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
REVUFORJ TABS 160mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
REZLIDHIA CAPS 150mg QL (60 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
ROMVIMZA CAPS 14mg, 20mg, 30mg QL (8 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
ROZLYTREK CAPS 100mg QL (180 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
ROZLYTREK CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
ROZLYTREK PACK 50mg QL (336 packets / 28 days)	5	* QL NM PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
RYDAPT CAPS 25mg QL (224 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
SCSEMBLIX TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
SCSEMBLIX TABS 40mg QL (300 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
SCSEMBLIX TABS 100mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>sorafenib tosylate</i> (generic of NEXAVAR) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
STIVARGA TABS 40mg QL (84 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>sunitinib malate</i> (generic of SUTENT) CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg QL (112 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
TAFINLAR TBSO 10mg QL (840 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
TAGRISO TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
TALZENNA CAPS .25mg QL (90 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
TAZVERIK TABS 200mg QL (240 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	5	* NM PA
TECENTRIQ INJ HYBREZA QL (1 vial / 21 days)	5	* QL NM PA
TEPMETKO TABS 225mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
TIBSOVO TABS 250mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>torpenz</i> (generic of AFINITOR) TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	5	* NM PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg QL (64 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
TRUQAP TBPK 160mg, 200mg QL (4 packs / 28 days)	5	* QL NM PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	* NM PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
TURALIO CAPS 125mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
VENCLEXTA TABS 10mg QL (112 tabs / 28 days)	3	QL NM PA
VENCLEXTA TABS 50mg QL (112 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
VENCLEXTA TABS 100mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
VENCLEXTA TAB START PK QL (42 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
VITRAKVI CAPS 25mg QL (180 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
VITRAKVI CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml QL (300 mL / 30 days)	5	* QL NM PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
VONJO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
VORANIGO TABS 10mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
VORANIGO TABS 40mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 20mg, 50mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
XALKORI CPSP 150mg QL (180 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
XOSPATA TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPK 10mg QL (16 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg QL (4 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) TBPK 60mg QL (4 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg QL (24 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPK 80mg QL (4 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg QL (32 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) TBPK 50mg QL (8 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ZELBORAF TABS 240mg QL (240 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	* NM PA
ZOLINZA CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ZYKADIA TABS 150mg QL (84 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
CARDIOVASCULAR - DRUGS TO TREAT HEART AND CIRCULATION CONDITIONS ACE INHIBITOR COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i> QL (30 caps / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i> QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> (generic of LOTENSIN HCT)	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> (generic of LOTENSIN HCT)	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> (generic of LOTENSIN HCT)	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	1	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i> (generic of VASERETIC)	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> (generic of ZESTORETIC)	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> (generic of ZESTORETIC)	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> (generic of ZESTORETIC)	1	
ACE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>benazepril hcl</i> TABS 5mg	1	
<i>benazepril hcl</i> (generic of LOTENSIN) TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>captopril</i> TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>enalapril maleate</i> (generic of VASOTEC) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>fosinopril sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>lisinopril</i> (generic of ZESTRIL) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	
<i>quinapril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>ramipril</i> CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>eplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	3	
<i>KERENDIA</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>spironolactone</i> (generic of ALDACTONE) TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
ALPHA BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>doxazosin mesylate</i> (generic of CARDURA) TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	2	
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	3	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i> (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i> (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i> (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i> (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i> (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i> (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i> (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i> (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
ENTRESTO CAP 6-6MG QL (240 caps / 30 days)	3	QL
ENTRESTO CAP 15-16MG QL (240 caps / 30 days)	3	QL
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i> (generic of AVALIDE) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i> (generic of AVALIDE) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i> (generic of HYZAAR)	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> (generic of HYZAAR)	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> (generic of HYZAAR)	1	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> (generic of BENICAR HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> (generic of BENICAR HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> (generic of BENICAR HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>sacubitril-valsartan tab 24-26 mg</i> (generic of ENTRESTO) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
<i>sacubitril-valsartan tab 49-51 mg</i> (generic of ENTRESTO) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
<i>sacubitril-valsartan tab 97-103 mg</i> (generic of ENTRESTO) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>candesartan cilexetil</i> (generic of ATACAND) TABS 4mg, 8mg, 16mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>candesartan cilexetil</i> (generic of ATACAND) TABS 32mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>irbesartan</i> TABS 75mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>irbesartan</i> (generic of AVAPRO) TABS 150mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>losartan potassium</i> (generic of COZAAR) TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>olmesartan medoxomil</i> (generic of BENICAR) TABS 5mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan medoxomil</i> (generic of BENICAR) TABS 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>telmisartan</i> TABS 20mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>telmisartan</i> (generic of MICARDIS) TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan</i> (generic of DIOVAN) TABS 40mg, 80mg, 160mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>valsartan</i> (generic of DIOVAN) TABS 320mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS TO CONTROL HEART RHYTHM		
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 150mg/3ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg	4	
<i>amiodarone hcl</i> TABS 200mg	1	
<i>disopyramide phosphate</i> (generic of NORPACE) CAPS 100mg, 150mg	4	
<i>dofetilide</i> (generic of TIKOSYN) CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	4	NM
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	3	
MULTAQ TABS 400mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 400mg	4	
<i>pacerone</i> TABS 200mg	1	
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg	4	
<i>propafenone hcl</i> TABS 150mg, 225mg, 300mg	3	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	4	
<i>sotalol hcl</i> (generic of BETAPACE) TABS 80mg, 120mg, 160mg	2	
<i>sotalol hcl</i> TABS 240mg	2	
<i>sotalol hcl (afib/af)</i> (generic of BETAPACE AF) TABS 80mg, 120mg, 160mg	3	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 160mg	2	
<i>fenofibrate</i> (generic of TRICOR) TABS 145mg	2	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	3	
<i>gemfibrozil</i> (generic of LOPID) TABS 600mg	2	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>atorvastatin calcium</i> (generic of LIPITOR) TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>rosuvastatin calcium</i> (generic of CRESTOR) TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>simvastatin</i> (generic of ZOCOR) TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>cholestyramine</i> (generic of QUESTRAN) PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm	3	
<i>cholestyramine light</i> (generic of QUESTRAN LIGHT) POWD 4gm/dose	3	
<i>colesevelam hcl</i> (generic of WELCHOL) PACK 3.75gm; TABS 625mg	4	
<i>colestipol hcl</i> (generic of COLESTID) GRAN 5gm	4	
<i>colestipol hcl</i> PACK 5gm	4	
<i>colestipol hcl</i> (generic of COLESTID) TABS 1gm	3	
<i>ezetimibe</i> (generic of ZETIA) TABS 10mg QL (30 tabs / 30 days)	2	QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i> (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i> (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i> (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i> (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
NEXLETOL TABS 180mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
NEXLIZET TAB 180/10MG QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>niacin</i> (antihyperlipidemic) TBCR 500mg, 750mg, 1000mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> (generic of LOVAZA)	3	PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm	3	
<i>prevalite</i> (generic of QUESTRAN LIGHT) POWD 4gm/dose	3	
REPATHA SOSY 140mg/ml QL (6 syringes / 28 days)	3	QL NM PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml QL (6 autoinjectors / 28 days)	3	QL NM PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	3	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i> (generic of TENORETIC 50)	2	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i> (generic of TENORETIC 100)	2	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	2	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	2	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	2	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	3	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	3	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	3	
BETA-BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg</i>	3	
<i>atenolol (generic of TENORMIN) TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg</i>	2	
<i>carvedilol (generic of COREG) TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg</i>	1	
<i>labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg</i>	2	
<i>metoprolol succinate (generic of TOPROL XL) TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate SOLN 5mg/5ml</i>	4	
<i>metoprolol tartrate TABS 25mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate (generic of LOPRESSOR) TABS 50mg, 100mg</i>	1	
<i>nadolol TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	3	
<i>nebivolol hcl (generic of BYSTOLIC) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i> QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>nebivolol hcl (generic of BYSTOLIC) TABS 20mg</i> QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
<i>pindolol TABS 5mg, 10mg</i>	3	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>propranolol hcl (generic of INDERAL LA) CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg</i>	3	
<i>propranolol hcl SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml</i>	3	
<i>propranolol hcl TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	2	
<i>timolol maleate TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	3	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>amlodipine besylate (generic of NORVASC) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	
<i>cartia xt (generic of CARDIZEM CD) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	2	
<i>dilt-xr CP24 120mg, 180mg, 240mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl CP12 60mg, 90mg, 120mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml</i>	3	
<i>diltiazem hcl (generic of CARDIZEM) TABS 30mg, 60mg, 120mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl TABS 90mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl coated beads (generic of CARDIZEM CD) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl coated beads (generic of CARDIZEM CD) CP24 360mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl extended release beads (generic of TIAZAC) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	2	
<i>felodipine TB24 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	2	
<i>nifedipine (generic of PROCARDIA XL) TB24 30mg, 60mg</i>	3	
<i>nifedipine TB24 30mg, 60mg, 90mg</i>	3	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	4	
<i>tiadylt er</i> (generic of TIAZAC) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml	4	
<i>verapamil hcl</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	
<i>verapamil hcl</i> TABS 40mg, 80mg, 120mg	1	
<i>verapamil hcl</i> TBCR 120mg, 180mg, 240mg	2	
DIURETICS - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	3	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	2	
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	2	
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS 1mg, 2mg	3	
<i>bumetanide</i> (generic of BUMEX) TABS .5mg	3	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	2	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml	2	
<i>furosemide</i> (generic of LASIX) TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	3	
<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	4	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	2	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	2	
<i>torsemide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	1	
MISCELLANEOUS		
<i>aliskiren fumarate</i> (generic of TEKTURN) TABS 150mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-1) PTWK .1mg/24hr	3	
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-2) PTWK .2mg/24hr	3	
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-3) PTWK .3mg/24hr	3	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml QL (450 mL / 30 days)	4	QL
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml	4	
<i>digoxin</i> (generic of LANOXIN) SOLN .25mg/ml	4	
<i>digoxin</i> (generic of LANOXIN) TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 days)	2	QL
<i>droxidopa</i> (generic of NORTHERA) CAPS 100mg QL (90 caps / 30 days)	4	QL NM PA
<i>droxidopa</i> (generic of NORTHERA) CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> (generic of ADRENALIN) SOLN 1mg/ml	4	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg PA applies if 65 years and older	3	PA
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml	4	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>hydralazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>ivabradine hcl</i> (generic of CORLANOR) TABS 5mg, 7.5mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	5	* NM PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg	3	
<i>midodrine hcl</i> TABS 10mg	4	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	2	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	4	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL PA
NITRATES - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	3	
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	
NITRO-BID OINT 2%	3	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr	3	
<i>nitroglycerin</i> (generic of NITROSTAT) SUBL .3mg, .4mg, .6mg	2	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - DRUGS TO TREAT PULMONARY HYPERTENSION		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>alyq</i> (generic of ADCIRCA) TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>ambrisentan</i> (generic of LETAIRIS) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>bosentan</i> (generic of TRACLEER) TABS 62.5mg, 125mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>bosentan</i> (generic of TRACLEER) TBSO 32mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
OPSUMIT TABS 10mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>sildenafil citrate</i> (pulmonary hypertension) (generic of REVATIO) TABS 20mg QL (360 tabs / 30 days)	3	QL NM PA
<i>tadalafil</i> (pulmonary hypertension) (generic of ADCIRCA) TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL NM PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	* NM PA
UPTRAVI TABS 200mcg QL (140 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
UPTRAVI TABS 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1000mcg, 1200mcg, 1400mcg, 1600mcg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
UPTRAVI PACK TAB 200/800 QL (1 pack / 28 days)	5	* QL NM PA
WINREVAIR KIT 45mg, 60mg QL (2 vials / 21 days)	5	* QL NM PA
WINREVAIR INJ 45MG QL (2 vials / 21 days)	5	* QL NM PA
WINREVAIR INJ 60MG QL (2 vials / 21 days)	5	* QL NM PA
YUTREPIA CAPS 26.5mcg, 53mcg, 79.5mcg QL (140 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
YUTREPIA CAPS 106mcg QL (224 caps / 28 days)	5	* QL NM PA
CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS		
ANTI-ANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY		
<i>alprazolam</i> (generic of XANAX) TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 days)	2	QL
<i>bupirone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	1	
<i>bupirone hcl</i> TABS 7.5mg, 30mg	3	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 days)	3	QL
<i>lorazepam</i> (generic of ATIVAN) SOLN 4mg/ml, 20mg/10ml	2	
<i>lorazepam</i> (generic of ATIVAN) TABS .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 days)	2	QL
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 days)	3	QL
ANTIDEMENTIA - DRUGS TO TREAT DEMENTIA AND MEMORY LOSS		
<i>donepezil hydrochloride</i> (generic of ARICEPT) TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	2	QL
<i>donepezil hydrochloride</i> (generic of ARICEPT) TABS 10mg	2	
<i>donepezil hydrochloride</i> TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 days)	2	QL
<i>donepezil hydrochloride</i> TBDP 10mg	2	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg QL (30 caps / 30 days)	3	QL
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml QL (200 mL / 30 days)	4	QL
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml PA applies if 29 years and younger	4	PA
<i>memantine hcl</i> TABS 5mg, 10mg PA applies if 29 years and younger	3	PA
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg</i> (generic of NAMZARIC)	4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg</i> (generic of NAMZARIC)	4	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg</i> (generic of NAMZARIC)	4	
NAMZARIC CAP 7-10MG	4	
<i>rivastigmine</i> (generic of EXELON) PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	4	QL
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 days)	3	QL
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS TO TREAT DEPRESSION		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg PA applies if 65 years and older	3	PA
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg PA applies if 65 years and older	3	PA
AUVELITY TAB 45-105MG QL (60 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	2	
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN SR) TB12 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	2	QL
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN XL) TB24 150mg QL (60 tabs / 30 days)	2	QL
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN XL) TB24 300mg QL (30 tabs / 30 days)	2	QL
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml	3	
<i>citalopram hydrobromide</i> (generic of CELEXA) TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>clomipramine hcl</i> (generic of ANAFRANIL) CAPS 25mg, 50mg, 75mg	4	PA
<i>desipramine hcl</i> (generic of NORPRAMIN) TABS 10mg, 25mg PA applies if 65 years and older	4	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 50mg, 75mg, 100mg, 150mg PA applies if 65 years and older	4	PA
<i>desvenlafaxine succinate</i> (generic of PRISTIQ) TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml PA applies if 65 years and older	3	PA
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg QL (60 caps / 30 days)	4	QL PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg QL (60 caps / 30 days)	3	QL
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	5	* QL PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	4	
<i>escitalopram oxalate</i> (generic of LEXAPRO) TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
EXXUA TB24 18.2mg, 36.3mg, 54.5mg, 72.6mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL PA
EXXUA TITRATION PACK TB24 18.2mg QL (2 packs / year)	5	* QL PA
FETZIMA CP24 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 days)	4	QL PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg QL (30 caps / 30 days)	4	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
FETZIMA CAP TITRATIO QL (2 packs / year)	4	QL PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	3	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg PA applies if 65 years and older	2	PA
MARPLAN TABS 10mg QL (180 tabs / 30 days)	4	QL
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg	3	
<i>mirtazapine</i> (generic of REMERON) TABS 15mg, 30mg	2	
<i>mirtazapine</i> TABS 45mg	2	
<i>mirtazapine</i> (generic of REMERON SOLTAB) TBDP 15mg, 30mg, 45mg	3	
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	4	
<i>nortriptyline hcl</i> (generic of PAMELOR) CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 days) PA applies if 65 years and older	4	QL PA
<i>paroxetine hcl</i> (generic of PAXIL) TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg PA applies if 65 years and older	2	PA
<i>phenelzine sulfate</i> (generic of NARDIL) TABS 15mg	3	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	4	
RALDESY SOLN 10mg/ml QL (1800 mL / 30 days)	4	QL PA
<i>sertraline hcl</i> (generic of ZOLOFT) CONC 20mg/ml	3	
<i>sertraline hcl</i> (generic of ZOLOFT) TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>tranylcyromine sulfate</i> (generic of PARNATE) TABS 10mg	4	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg QL (120 caps / 30 days)	4	QL
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	4	QL
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>venlafaxine hcl</i> (generic of EFFEXOR XR) CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>vilazodone hcl</i> (generic of VIIBRYD) TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg QL (28 caps / 14 days)	5	* QL NM PA
ZURZUVAE CAPS 30mg QL (14 caps / 14 days)	5	* QL NM PA
ANTIPARKINSONIAN AGENTS - DRUGS TO TREAT PARKINSONS DISEASE		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	3	QL
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml	3	
<i>amantadine hcl</i> TABS 100mg	4	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	4	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg PA applies if 65 years and older	2	PA
<i>bromocriptine mesylate</i> (generic of PARLODEL) CAPS 5mg; TABS 2.5mg	4	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	3	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	3	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	3	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i> (generic of SINEMET)	2	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i> (generic of SINEMET)	2	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	3	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	4	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	4	
INBRIJA CAPS 42mg QL (300 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	2	
<i>rasagiline mesylate</i> (generic of AZILECT) TABS .5mg, 1mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	2	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	3	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml	3	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> TABS 2mg, 5mg	2	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
ANTIPSYCHOTICS - DRUGS TO TREAT PSYCHOSES		
ABILIFY ASIMTUFII PRSY 720mg/2.4ml, 960mg/3.2ml QL (1 syringe / 56 days)	5	* QL
ABILIFY MANTENA PRSY 300mg, 400mg QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL
ABILIFY MANTENA SRER 300mg, 400mg QL (1 injection / 28 days)	5	* QL
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml QL (900 mL / 30 days)	4	QL
<i>aripiprazole</i> (generic of ABILIFY) TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL ST
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 syringe / 56 days)	5	* QL
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5	*
<i>asenapine maleate</i> (generic of SAPHRIS) SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>clozapine</i> (generic of CLOZARIL) TABS 25mg	3	
<i>clozapine</i> TABS 50mg	3	
<i>clozapine</i> (generic of CLOZARIL) TABS 100mg QL (270 tabs / 30 days)	3	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>clozapine</i> TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	3	QL
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	4	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg QL (270 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg QL (180 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg QL (120 tabs / 30 days)	4	QL PA
COBENFY CAP 50-20MG QL (60 caps / 30 days)	5	* QL PA
COBENFY CAP 100-20MG QL (60 caps / 30 days)	5	* QL PA
COBENFY CAP 125-30MG QL (60 caps / 30 days)	5	* QL PA
COBENFY STRT CAP PACK QL (2 packs / year)	5	* QL PA
ERZOFRI SUSY 39mg/0.25ml QL (1 syringe / 28 days)	4	QL
ERZOFRI SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL
ERZOFRI SUSY 351mg/2.25ml QL (2 syringes / year)	5	* QL
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL PA
FANAPT PAK PACK A QL (2 packs / year)	4	QL PA
FANAPT PAK PACK B QL (2 packs / year)	4	QL PA
FANAPT PAK PACK C QL (2 packs / year)	4	QL PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	4	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	3	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	3	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	3	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml QL (1 injection / 180 days)	5	* QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml QL (1 syringe / 28 days)	4	QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml QL (1 syringe / 90 days)	5	* QL
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>lurasidone hcl</i> (generic of LATUDA) TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL
<i>lurasidone hcl</i> (generic of LATUDA) TABS 80mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL
LYBALVI TAB 5-10MG QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL
LYBALVI TAB 10-10MG QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL
LYBALVI TAB 15-10MG QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL
LYBALVI TAB 20-10MG QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	4	
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) SOLR 10mg QL (3 vials / 1 day)	4	QL
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) TABS 2.5mg, 5mg QL (60 tabs / 30 days)	2	QL
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg QL (30 tabs / 30 days)	2	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>olanzapine</i> TABS 10mg QL (60 tabs / 30 days)	2	QL
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) TABS 20mg QL (30 tabs / 30 days)	2	QL
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL ST
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL ST
OPIPZA FILM 2mg, 5mg QL (30 films / 30 days)	5	* QL PA
OPIPZA FILM 10mg QL (90 films / 30 days)	5	* QL PA
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL
<i>paliperidone</i> (generic of INVEGA) TB24 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL
<i>paliperidone</i> (generic of INVEGA) TB24 6mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3	
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	4	
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 25mg QL (180 tabs / 30 days)	2	QL
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 50mg, 100mg, 200mg QL (90 tabs / 30 days)	2	QL
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 150mg QL (90 tabs / 30 days)	2	QL
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 days)	2	QL
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL XR) TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL XR) TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL
<i>risperidone</i> (generic of RISPERDAL) SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 days)	3	QL
<i>risperidone</i> (generic of RISPERDAL) TABS .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	
<i>risperidone</i> TABS .25mg	2	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL ST
<i>risperidone</i> TBDP 4mg QL (120 tabs / 30 days)	4	QL ST
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg QL (90 tabs / 30 days)	4	QL ST
<i>risperidone microspheres</i> (generic of RISPERDAL CONSTA) SRER 12.5mg, 25mg QL (2 injections / 28 days)	4	QL
<i>risperidone microspheres</i> (generic of RISPERDAL CONSTA) SRER 37.5mg, 50mg QL (2 injections / 28 days)	5	* QL
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	5	* QL
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	4	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	3	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml QL (600 mL / 30 days)	5	* QL PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg QL (60 caps / 30 days)	5	* QL
VRAYLAR CAPS .5mg, .75mg, 3mg, 4.5mg, 6mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>ziprasidone hcl</i> (generic of GEODON) CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (60 caps / 30 days)	4	QL
<i>ziprasidone mesylate</i> (generic of GEODON) SOLR 20mg QL (6 injections / 3 days)	4	QL
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg QL (2 vials / 28 days)	4	QL NM PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg QL (2 vials / 28 days)	5	* QL NM PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg QL (1 vial / 28 days)	5	* QL NM PA
ANTISEIZURE AGENTS		
APTIOM TABS 200mg, 400mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL
APTIOM TABS 600mg, 800mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL
BRIVIACT SOLN 10mg/ml QL (600 mL / 30 days)	5	* QL PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg	3	
<i>carbamazepine</i> CHEW 200mg	4	
<i>carbamazepine</i> (generic of CARBATROL) CP12 100mg, 200mg, 300mg	4	
<i>carbamazepine</i> (generic of TEGRETOL) SUSP 100mg/5ml	4	
<i>carbamazepine</i> (generic of TEGRETOL) TABS 200mg	3	
<i>carbamazepine</i> (generic of TEGRETOL-XR) TB12 100mg, 200mg, 400mg	4	
<i>clobazam</i> (generic of ONFI) SUSP 2.5mg/ml QL (480 mL / 30 days)	4	QL PA

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>clobazam</i> (generic of ONFI) TABS 10mg, 20mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>clonazepam</i> (generic of KLONOPIN) TABS 2mg QL (300 tabs / 30 days)	2	QL
<i>clonazepam</i> (generic of KLONOPIN) TABS .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 days)	2	QL
<i>clonazepam</i> TBDP 2mg QL (300 tabs / 30 days)	3	QL
<i>clonazepam</i> TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 days)	3	QL
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older	4	QL PA
DIACOMIT CAPS 250mg QL (360 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
DIACOMIT CAPS 500mg QL (180 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
DIACOMIT PACK 250mg QL (360 packets / 30 days)	5	* QL NM PA
DIACOMIT PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml QL (1200 mL / 30 days) PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply	3	QL PA
<i>diazepam</i> (generic of VALIUM) TABS 2mg, 5mg, 10mg QL (120 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply	2	QL PA
<i>diazepam</i> (anticonvulsant) GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	4	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml QL (240 mL / 30 days) PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply	3	QL PA
DILANTIN CAPS 30mg	4	
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE SPRINKLES) CSDR 125mg	4	
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE ER) TB24 250mg, 500mg	3	
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE) TBEC 125mg, 250mg, 500mg	2	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>eslicarbazepine acetate</i> (generic of APTIOM) TABS 200mg, 400mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL
<i>eslicarbazepine acetate</i> (generic of APTIOM) TABS 600mg, 800mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL
<i>ethosuximide</i> (generic of ZARONTIN) CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	3	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	4	
<i>felbamate</i> (generic of FELBATOL) TABS 400mg, 600mg	4	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 days)	5	* QL NM PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml QL (680 mL / 28 days)	5	* QL PA
FYCOMPA TABS 2mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL PA
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) CAPS 100mg, 300mg QL (360 caps / 30 days)	2	QL
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) CAPS 400mg QL (270 caps / 30 days)	2	QL

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml QL (2160 mL / 30 days)	3	QL
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) TABS 600mg QL (180 tabs / 30 days)	2	QL
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) TABS 800mg QL (120 tabs / 30 days)	2	QL
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) SOLN 200mg/20ml	4	
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) TABS 50mg QL (120 tabs / 30 days)	4	QL
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL
<i>lacosamide oral</i> (generic of VIMPAT) SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 days)	4	QL
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL CHEWABLE DISPERS) CHEW 5mg, 25mg	3	
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL) TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL XR) TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	4	ST
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA) SOLN 100mg/ml	3	
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA) SOLN 500mg/5ml	4	
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA) TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg	2	
LEVETIRACETAM TB3D 250mg QL (360 tabs / 30 days)	4	QL
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA XR) TB24 500mg, 750mg	3	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM/SODIUM CHLO)	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM/SODIUM CHLO)	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM/SODIUM CHLO)	4	
<i>methsuximide</i> (generic of CELONTIN) CAPS 300mg	4	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml QL (10 nasal units / 30 days)	4	QL
<i>oxcarbazepine</i> (generic of TRILEPTAL) SUSP 300mg/5ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> (generic of TRILEPTAL) TABS 150mg, 300mg, 600mg	3	
<i>perampanel</i> (generic of FYCOMPA) SUSP .5mg/ml QL (680 mL / 28 days)	5	* QL PA
<i>perampanel</i> (generic of FYCOMPA) TABS 2mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>perampanel</i> (generic of FYCOMPA) TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml QL (1500 mL / 30 days) PA applies if 65 years and older	4	QL PA
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg QL (120 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older	3	QL PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml PA applies if 65 years and older	4	PA
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	3	
<i>phenytoin</i> (generic of DILANTIN INFATABS) CHEW 50mg	3	
<i>phenytoin</i> (generic of DILANTIN-125) SUSP 125mg/5ml	3	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	4	
<i>phenytoin sodium extended</i> (generic of DILANTIN) CAPS 100mg	3	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 200mg, 300mg	3	
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg QL (120 caps / 30 days) PA applies if 65 years and older	3	QL PA
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days) PA applies if 65 years and older	3	QL PA
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 days) PA applies if 65 years and older	3	QL PA
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 days) PA applies if 65 years and older	4	QL PA
<i>primidone</i> (generic of MYSOLINE) TABS 50mg, 250mg	2	
<i>primidone</i> TABS 125mg	2	
<i>roweepra</i> (generic of KEPPRA) TABS 500mg	2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) SUSP 40mg/ml QL (2400 mL / 30 days)	5	* QL PA
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) TABS 200mg QL (480 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) TABS 400mg QL (240 tabs / 30 days)	5	* QL PA
SPRITAM TB3D 250mg QL (360 tabs / 30 days)	4	QL
SPRITAM TB3D 500mg QL (180 tabs / 30 days)	4	QL
SPRITAM TB3D 750mg QL (120 tabs / 30 days)	4	QL
SPRITAM TB3D 1000mg QL (90 tabs / 30 days)	4	QL
SUBVENITE SUSP 10mg/ml	5	* ST
<i>subvenite</i> (generic of LAMICTAL) TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg QL (60 films / 30 days)	5	* QL PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	4	
<i>topiramate</i> (generic of TOPAMAX SPRINKLE) CPSP 15mg, 25mg	3	
<i>topiramate</i> CPSP 50mg	4	
<i>topiramate</i> (generic of EPRONTIA) SOLN 25mg/ml QL (480 mL / 30 days)	4	QL PA
<i>topiramate</i> (generic of TOPAMAX) TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml	4	
<i>valproate sodium</i> SOLN 250mg/5ml	3	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	2	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml QL (10 blister packs / 30 days)	4	QL
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml QL (10 blister packs / 30 days)	4	QL

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml QL (10 blister packs / 30 days)	4	QL
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml QL (10 blister packs / 30 days)	4	QL
<i>vigabatin</i> (generic of SABRIL) PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>vigabatin</i> (generic of SABRIL) TABS 500mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>vigadrone</i> (generic of SABRIL) PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>vigadrone</i> (generic of SABRIL) TABS 500mg QL (180 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
VIGAFYDE SOLN 100mg/ml QL (900 mL / 30 days)	5	* QL NM PA
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL
XCOPRI TABS 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 days)	4	QL
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 days)	5	* QL
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 days)	5	* QL
ZONISADE SUSP 100mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	5	* QL PA
<i>zonisamide</i> (generic of ZONEGRAN) CAPS 25mg, 100mg	2	
<i>zonisamide</i> CAPS 50mg	2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
ZTALMY SUSP 50mg/ml QL (1100 mL / 30 days)	5	* QL NM PA
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - DRUGS TO TREAT ADHD		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 5 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 10 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 15 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 20 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 25 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 30 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (90 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 18mg, 25mg QL (120 caps / 30 days)	4	QL
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 40mg QL (60 caps / 30 days)	4	QL
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 60mg, 80mg, 100mg QL (30 caps / 30 days)	4	QL
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (generic of FOCALIN) TABS 2.5mg, 5mg QL (120 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (generic of FOCALIN) TABS 10mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> (generic of INTUNIV) TB24 1mg, 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older	3	QL PA
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> (generic of INTUNIV) TB24 3mg QL (60 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of METHYLIN) SOLN 5mg/5ml QL (1800 mL / 30 days)	4	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of METHYLIN) SOLN 10mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of RITALIN) TABS 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of RITALIN) TABS 20mg QL (90 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> TBCR 10mg, 20mg QL (90 tabs / 30 days)	4	QL PA

HYPNOTICS - DRUGS TO TREAT INSOMNIA

<i>DAYVIGO</i> TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>doxepin hcl (sleep)</i> (generic of SILENOR) TABS 3mg, 6mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>ramelteon</i> (generic of ROZEREM) TABS 8mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>tasimelteon</i> (generic of HETLIOZ) CAPS 20mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>temazepam</i> (generic of RESTORIL) CAPS 7.5mg, 30mg QL (30 caps / 30 days) PA applies if 65 years and older	4	QL PA
<i>temazepam</i> (generic of RESTORIL) CAPS 15mg QL (60 caps / 30 days) PA applies if 65 years and older	4	QL PA
<i>zolpidem tartrate</i> (generic of AMBIEN) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year	2	QL PA

MIGRAINE - DRUGS TO TREAT SEVERE HEADACHES

<i>AIMOVIG</i> SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml QL (1 pen / 30 days)	3	QL NM PA
---	---	----------

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml QL (8 mL / 30 days)	5	* QL PA
EMGALITY SOAJ 120mg/ml QL (2 pens / 30 days)	3	QL NM PA
EMGALITY SOSY 100mg/ml QL (3 syringes / 30 days)	3	QL NM PA
EMGALITY SOSY 120mg/ml QL (2 syringes / 30 days)	3	QL NM PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab</i> 1-100 mg QL (40 tabs / 28 days)	3	QL PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 days)	3	QL
NURTEC TBDP 75mg QL (16 tabs / 30 days)	3	QL PA
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg; TBDP 5mg QL (18 tabs / 30 days)	3	QL
<i>rizatriptan benzoate</i> (generic of MAXALT) TABS 10mg QL (18 tabs / 30 days)	3	QL
<i>rizatriptan benzoate</i> (generic of MAXALT-MLT) TBDP 10mg QL (18 tabs / 30 days)	3	QL
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act QL (24 units / 30 days)	4	QL
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act QL (12 units / 30 days)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> (generic of IMITREX STATDOSE SYSTEM) SOAJ 6mg/0.5ml QL (12 injections / 30 days)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> SOLN 6mg/0.5ml QL (12 injections / 30 days)	4	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>sumatriptan succinate</i> (generic of IMITREX) TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (12 tabs / 30 days)	2	QL
UBRELVY TABS 50mg, 100mg QL (16 tabs / 30 days)	3	QL PA
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
AUSTEDO XR TB24 6mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
AUSTEDO XR TB24 12mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
AUSTEDO XR TB24 18mg, 30mg, 36mg, 42mg, 48mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
AUSTEDO XR TB24 24mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT QL (2 packs / year)	5	* QL NM PA
<i>lithium</i> SOLN 8meq/5ml	4	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg	1	
<i>lithium carbonate</i> (generic of LITHOBID) TBCR 300mg	2	
<i>lithium carbonate</i> TBCR 450mg	2	
NUDEXTA CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 days)	5	* QL PA
<i>pyridostigmine bromide</i> (generic of MESTINON) TABS 60mg	3	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	4	
<i>tetrabenazine</i> (generic of XENAZINE) TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 days)	4	QL NM PA
<i>tetrabenazine</i> (generic of XENAZINE) TABS 25mg QL (120 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS TO TREAT MULTIPLE SCLEROSIS		
BAFIERTAM CPDR 95mg QL (120 caps / 30 days)	5	* QL NM PA

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
BETASERON KIT .3mg QL (14 kits / 28 days)	5	* QL NM PA
COPAXONE SOSY 20mg/ml QL (30 syringes / 30 days)	5	* QL NM PA
COPAXONE SOSY 40mg/ml QL (12 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>dalfampridine</i> (generic of AMPYRA) TB12 10mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL NM PA
<i> fingolimod hcl</i> (generic of GILENYA) CAPS .5mg QL (30 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i> glatiramer acetate</i> (generic of COPAXONE) SOSY 20mg/ml QL (30 syringes / 30 days)	5	* QL NM PA
<i> glatiramer acetate</i> (generic of COPAXONE) SOSY 40mg/ml QL (12 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
<i> glatopa</i> (generic of COPAXONE) SOSY 20mg/ml QL (30 syringes / 30 days)	5	* QL NM PA
<i> glatopa</i> (generic of COPAXONE) SOSY 40mg/ml QL (12 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml QL (16 pens / 365 days)	5	* QL NM PA
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS TO TREAT MUSCLE SPASMS		
<i> baclofen</i> TABS 5mg QL (90 tabs / 30 days)	2	QL
<i> baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	2	
<i> cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg QL (90 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year	3	QL PA
<i> dantrolene sodium</i> (generic of DANTRIUM) CAPS 25mg	4	
<i> dantrolene sodium</i> CAPS 50mg, 100mg	4	
<i> tizanidine hcl</i> TABS 2mg	2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i> tizanidine hcl</i> (generic of ZANAFLEX) TABS 4mg	2	
NARCOLEPSY/CATAPLEXY - DRUGS FOR SLEEP DISORDERS		
<i> armodafinil</i> (generic of NUVIGIL) TABS 50mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i> armodafinil</i> (generic of NUVIGIL) TABS 150mg, 200mg, 250mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL PA
<i> modafinil</i> (generic of PROVIGIL) TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i> modafinil</i> (generic of PROVIGIL) TABS 200mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml QL (540 mL / 30 days)	5	* QL NM PA
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC		
<i> acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	4	
<i> buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg QL (180 tabs / 30 days)	3	QL
<i> buprenorphine hcl</i> SUBL 8mg QL (120 tabs / 30 days)	3	QL
<i> buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i> (generic of SUBOXONE) QL (180 films / 30 days)	4	QL
<i> buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i> (generic of SUBOXONE) QL (90 films / 30 days)	4	QL
<i> buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i> (generic of SUBOXONE) QL (120 films / 30 days)	4	QL
<i> buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i> (generic of SUBOXONE) QL (90 films / 30 days)	4	QL
<i> buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i> QL (180 tabs / 30 days)	2	QL

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i> QL (120 tabs / 30 days)	2	QL
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg QL (60 tabs / 30 days)	2	QL
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	3	
KLOXXADO LIQD 8mg/0.1ml	3	
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml	3	
<i>naloxone hcl</i> SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY .4mg/ml, 2mg/2ml	2	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	3	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	
<i>varenicline tartrate</i> (generic of CHANTIX) TABS .5mg, 1mg QL (56 tabs / 28 days)	4	QL
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i> QL (2 packs / year)	4	QL
VIVITROL SUSR 380mg	5	* NM
ENDOCRINE AND METABOLIC - DRUGS TO TREAT DIABETES AND REGULATE HORMONES		
ANDROGENS - DRUGS TO REGULATE MALE HORMONES		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 days)	4	QL PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	3	PA
<i>testosterone pump</i> (generic of ANDROGEL PUMP) GEL 1.62% QL (150 gm / 30 days)	4	QL PA
ANTIDIABETICS		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>dapagliflozin propanediol</i> TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
FARXIGA TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glimepiride</i> TABS 4mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide</i> TABS 5mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide</i> TABS 10mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide</i> TB24 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i> QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i> QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i> QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
GLYXAMBI TAB 10-5 MG QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
GLYXAMBI TAB 25-5 MG QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
JANUMET TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
JANUMET TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
JANUMET XR TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
JANUMET XR TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
JANUMET XR TAB 100-1000 QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-500 QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-850 QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg QL (150 tabs / 30 days)	1	QL
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg QL (75 tabs / 30 days)	1	QL
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg QL (120 tabs / 30 days) (generic of GLUCOPHAGE XR)	1	QL
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg QL (60 tabs / 30 days) (generic of GLUCOPHAGE XR)	1	QL
MOUNJARO SOAJ 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml QL (4 pens / 28 days)	3	QL PA
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml QL (1 pen / 28 days)	3	QL PA
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml QL (1 pen / 28 days)	3	QL PA
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml QL (1 pen / 28 days)	3	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>pioglitazone hcl</i> (generic of ACTOS) TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> tab 15-500 mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> tab 15-850 mg (generic of ACTOPLUS MET) QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>repaglinide</i> TABS 2mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL PA
TRADJENTA TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
TRULICITY SOAJ .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml QL (4 pens / 28 days)	3	QL PA
XIGDUO XR TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
XIGDUO XR TAB 5-500MG QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
XIGDUO XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
XIGDUO XR TAB 10-500MG QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
XIGDUO XR TAB 10-1000 QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
ANTIDIABETICS, INSULINS		
ADMELOG SOLN 100unit/ml	3	I B/D

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	3	I
ALCOHOL SWABS: EMBECTA-BD/MHC/RUGBY	3	PA
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY) QL (10 patches / 30 days)	4	QL PA
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY) QL (8 patches / 24 days)	4	QL PA
CEQUR SIMPL MIS INSERTER QL (2 inserters / year)	4	QL PA
FIASP SOLN 100unit/ml	3	I B/D
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	3	I
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	3	I
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	3	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	3	PA
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml)	5	I * B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	5	I *
INSULIN PEN NEEDLES: EMBECTA-BD	3	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: EMBECTA-BD	3	PA
INSULIN SYRINGES: EMBECTA-BD	3	PA
LANTUS SOLN 100unit/ml	3	I
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	3	I
NOVOLIN INJ 70/30 (brand RELION not covered)	3	I
NOVOLIN INJ 70/30 FP (brand RELION not covered)	3	I
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml (brand RELION not covered)	3	I

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	3	I
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml (brand RELION not covered)	3	I B/D
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	3	I
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	3	I B/D
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	3	I
NOVOLOG FLEXPEN RELION SOPN 100unit/ml	3	I
NOVOLOG MIX INJ 70/30 (brand RELION not covered)	3	I
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN (brand RELION not covered)	3	I
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	3	I
NOVOLOG RELION SOLN 100unit/ml	3	B/D
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6 QL (1 kit / year)	4	QL PA
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6 QL (15 pods / 30 days)	4	QL PA
OMNIPOD 5 L2 KIT INTRO G6 QL (1 kit / year)	4	QL PA
OMNIPOD 5 L2 MIS PODS G6 QL (15 pods / 30 days)	4	QL PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO QL (1 kit / year)	4	QL PA
OMNIPOD DASH MIS PODS QL (15 pods / 30 days)	4	QL PA
SOLIQUA INJ 100/33 QL (5 pens / 25 days)	3	I QL
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	3	I

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES	
		L	LIMITES
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	3		I
XULTOPHY INJ 100/3.6 QL (5 pens / 30 days)	3		I QL
CALCIUM REGULATORS			
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg	1		
<i>alendronate sodium</i> (generic of FOSAMAX) TABS 70mg	1		
BILDYOS SOSY 60mg/ml QL (1 syringe / 180 days)	4		QL NM
BONSITY SOPN 560mcg/2.24ml QL (1 pen / 28 days)	5	*	QL NM PA
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	3		B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	2		B/D
OSPOMYV SOSY 60mg/ml QL (1 syringe / 180 days)	4		QL NM
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3		B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	3		B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 syringe / 180 days)	4		QL NM
TERIPARATIDE SOPN 560mcg/2.24ml QL (1 pen / 28 days) (ALVOGEN product)	5	*	QL NM PA
<i>teriparatide</i> (generic of FORTEO) SOPN 560mcg/2.24ml QL (1 pen / 28 days)	5	*	QL NM PA
WYOST SOLN 120mg/1.7ml	5	*	NM PA
XTRENBO SOLN 120mg/1.7ml	4		PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml	4		B/D NM
<i>zoledronic acid</i> (generic of RECLAST) SOLN 5mg/100ml	4		B/D NM
CHELATING AGENTS			
CHEMET CAPS 100mg	5		*
<i>deferasirox</i> (generic of JADENU) TABS 90mg	3		NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES	
		L	LIMITES
<i>deferasirox</i> (generic of JADENU) TABS 180mg, 360mg	4		NM PA
<i>deferasirox</i> (generic of EXJADE) TBSO 125mg	4		NM PA
<i>deferasirox</i> (generic of EXJADE) TBSO 250mg, 500mg	5	*	NM PA
<i>kionex</i> SUSP 15gm/60ml	4		
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3		
<i>penicillamine</i> (generic of DEPEN TITRATABS) TABS 250mg	5		* NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	3		
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	4		
<i>sps rectal</i> SUSP 15gm/60ml	4		
<i>trientine hcl</i> (generic of SYPRINE) CAPS 250mg	5		* NM PA
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL			
<i>afirmelle</i>	2		
<i>altavera</i>	2		
<i>alyacen 1/35</i>	2		
<i>alyacen 7/7/7</i>	2		
<i>apri</i>	2		
<i>aranelle</i>	2		
<i>aubra eq</i>	2		
<i>aurovela 1/20</i>	2		
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	2		
<i>aurovela fe 1/20</i>	2		
<i>aviane</i>	2		
<i>ayuna</i>	2		
<i>azurette</i>	2		
<i>balziva</i>	2		
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	2		
<i>briellyn</i>	2		
<i>camila</i> TABS .35mg	2		
<i>chateal eq</i>	2		
<i>cryselle</i>	2		
<i>cyred eq</i>	2		
<i>dasetta 1/35</i>	2		
<i>dasetta 7/7/7</i>	2		
<i>deblitane</i> TABS .35mg	2		

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	3	
desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)	2	
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg (generic of YAZ)	2	
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg (generic of YASMIN 28)	2	
elinest	2	
eluryng (generic of NUVARING)	3	
emzahh TABS .35mg	2	
enilloring (generic of NUVARING)	3	
enskyce	2	
errin TABS .35mg	2	
estarylla	2	
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg	2	
etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr (generic of NUVARING)	3	
falmina	2	
feirza 1.5/30	2	
feirza 1/20	2	
hailey 1.5/30	2	
haloette (generic of NUVARING)	3	
heather TABS .35mg	2	
iclevia	2	
incassia TABS .35mg	2	
introvale	2	
isibloom	2	
jasmiel (generic of YAZ)	2	
jolessa	2	
juleber	2	
junel 1.5/30	2	
junel 1/20	2	
junel fe 1.5/30	2	
junel fe 1/20	2	
kariva	2	
kelnor 1/35	2	
kurvelo	2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
larin 1.5/30	2	
larin 1/20	2	
larin fe 1.5/30	2	
larin fe 1/20	2	
lessina	2	
levonest	2	
levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg	2	
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg	2	
levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	2	
levora 0.15/30-28	2	
LILETTA IUD 20.1mcg/day	3	NM
loestrin 1.5/30-21	2	
loestrin 1/20-21	2	
loestrin fe 1.5/30	2	
loestrin fe 1/20	2	
loryna (generic of YAZ)	2	
low-ogestrel	2	
luizza 1.5/30	2	
luizza 1/20	2	
luteru	2	
lyleq TABS .35mg	2	
lyza TABS .35mg	2	
marlissa	2	
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) (generic of DEPO-PROVERA CONTRACEPTIV) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	3	
meleya TABS .35mg	2	
microgestin 1.5/30	2	
microgestin 1/20	2	
microgestin fe 1.5/30	2	
microgestin fe 1/20	2	
mili	2	
mono-lynyah	2	
necon 0.5/35-28	2	
NEXPLANON IMPL 68mg	3	NM
nikki (generic of YAZ)	2	
nora-be TABS .35mg	2	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	3	
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	2	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	2	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	2	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	2	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	2	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	2	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	2	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	2	
<i>nortrel 7/7/7</i>	2	
<i>nylia 1/35</i>	2	
<i>nylia 7/7/7</i>	2	
<i>orquidea TABS .35mg</i>	2	
<i>philith</i>	2	
<i>pimtrea</i>	2	
<i>portia-28</i>	2	
<i>reclipsen</i>	2	
<i>setlakin</i>	2	
<i>sharobel TABS .35mg</i>	2	
<i>simliya</i>	2	
<i>sprintec 28</i>	2	
<i>sronyx</i>	2	
<i>syeda (generic of YASMIN 28)</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	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>tri-lo-marzia</i>	2	
<i>tri-lo-mili</i>	2	
<i>tri-lo-sprintec</i>	2	
<i>tri-mili</i>	2	
<i>tri-sprintec</i>	2	
<i>tri-vylibra</i>	2	
<i>tri-vylibra lo</i>	2	
<i>turqoz</i>	2	
<i>valtya 1/35</i>	2	
<i>valtya 1/50</i>	2	
<i>velivet</i>	2	
<i>vestura (generic of YAZ)</i>	2	
<i>vienva</i>	2	
<i>viorele</i>	2	
<i>vyfemla</i>	2	
<i>vylibra</i>	2	
<i>wera</i>	2	
<i>xarah fe</i>	2	
<i>xulane</i>	3	
<i>zafemy</i>	3	
<i>zovia 1/35</i>	2	
<i>zumandimine (generic of YASMIN 28)</i>	2	
ESTROGENS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
<i>abigale (generic of ACTIVELLA)</i>	3	
<i>abigale lo</i>	3	
<i>dotti (generic of VIVELLE-DOT) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr</i>	3	
<i>estradiol (generic of VIVELLE-DOT) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr</i>	3	
<i>estradiol (generic of CLIMARA) PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr</i>	3	
<i>estradiol TABS .5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	3	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i> (generic of ACTIVELLA)	3	
<i>estradiol vaginal</i> (generic of ESTRACE) CREA .1mg/gm	3	
<i>estradiol vaginal</i> (generic of VAGIFEM) TABS 10mcg	4	
<i>estradiol valerate</i> (generic of DELESTROGEN) OIL 10mg/ml, 20mg/ml	4	
<i>estradiol valerate</i> OIL 40mg/ml	4	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	3	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	3	
<i>jinteli</i>	3	
<i>lyllana</i> (generic of MINIVELLE) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
<i>mimvey</i> (generic of ACTIVELLA)	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> (generic of VAGIFEM) TABS 10mcg	4	
GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	3	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml, 10mg/ml	3	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	2	
<i>hydrocortisone</i> (generic of CORTEF) TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>hydrocortisone sod succinate</i> (generic of SOLU-CORTEF) SOLR 100mg	4	
<i>methylprednisolone</i> (generic of MEDROL) TABS 4mg, 8mg, 16mg	3	B/D
<i>methylprednisolone</i> TABS 32mg	3	B/D
<i>methylprednisolone</i> (generic of MEDROL DOSEPAK) TBPK 4mg	2	
<i>methylprednisolone acetate</i> (generic of DEPO-MEDROL) SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	3	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg	3	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> (generic of SOLU-MEDROL) SOLR 500mg, 1000mg	3	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	2	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 25mg/5ml	4	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 15mg/5ml	2	B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml	4	B/D
<i>prednisone</i> TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	1	B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	2	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	4	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 250mg, 500mg, 1000mg	4	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS - DRUGS TO TREAT LOW BLOOD SUGAR		
<i>diazoxide</i> (generic of PROGLYCEM) SUSP 50mg/ml	5	*
ZEGALOGUE SOAJ .6mg/0.6ml; SOSY .6mg/0.6ml	3	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	5	* NM PA
<i>betaine powder for oral solution</i> (generic of CYSTADANE)	5	* NM

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	3	
<i>carglumic acid</i> (generic of CARBAGLU) TBSO 200mg	5	* NM PA
CERDELGA CAPS 84mg	5	* NM PA
CEREZYME SOLR 400unit	5	* NM PA
<i>cinacalcet hcl</i> (generic of SENSIPAR) TABS 30mg, 60mg QL (60 tabs / 30 days)	4	B/D QL NM
<i>cinacalcet hcl</i> (generic of SENSIPAR) TABS 90mg QL (120 tabs / 30 days)	4	B/D QL NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4	NM PA
<i>desmopressin acetate</i> (generic of DDAVP) SOLN 4mcg/ml	5	*
<i>desmopressin acetate</i> (generic of DDAVP) TABS .1mg, .2mg	3	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	4	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	4	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	5	* NM PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	5	* NM PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg	3	NM PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	5	* NM PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	5	* NM PA
<i>javygtor</i> (generic of KUVAN) PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	* NM PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	5	* NM PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> (generic of CARNITOR) SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	4	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	5	* NM PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	5	* NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	5	* NM PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg	5	* NM PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> (generic of KORLYM) TABS 300mg	5	* NM PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	5	* NM PA
<i>nitisinone</i> (generic of ORFADIN) CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	5	* NM PA
<i>octreotide acetate</i> (generic of SANDOSTATIN) SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml	4	NM PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	4	NM PA
<i>octreotide acetate</i> (generic of SANDOSTATIN) SOLN 500mcg/ml	5	* NM PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	5	* NM PA
<i>raloxifene hcl</i> (generic of EVISTA) TABS 60mg	3	
REVCOVI SOLN 2.4mg/1.5ml	5	* NM PA
REZDIFFRA TABS 60mg, 80mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (generic of KUVAN) PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	* NM PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	5	* NM PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> (generic of BUPHENYL) POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5	* NM PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml	5	* NM PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	* NM PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml	5	* PA
<i>tolvaptan</i> (generic of JYNARQUE) TABS 15mg, 30mg (generic of JYNARQUE)	5	* NM PA
<i>tolvaptan</i> (generic of JYNARQUE) TBPK 15mg	5	* NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>tolvaptan tab therapy pack 30 & 15 mg</i>	5	* NM PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 45 & 15 mg</i>	5	* NM PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 60 & 30 mg</i>	5	* NM PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 90 & 30 mg</i>	5	* NM PA
<i>zelvysia (generic of KUVAN) PACK 100mg, 500mg</i>	5	* NM PA
PROGESTINS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
<i>gallifrey TABS 5mg</i>	3	
<i>medroxyprogesterone acetate (generic of PROVERA) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	
<i>megestrol acetate SUSP 40mg/ml</i>	3	
<i>megestrol acetate (appetite) SUSP 625mg/5ml</i>	4	PA
<i>norethindrone acetate TABS 5mg</i>	3	
<i>progesterone (generic of PROMETRIUM) CAPS 100mg, 200mg</i>	3	
THYROID AGENTS - DRUGS TO REGULATE THYROID LEVELS		
<i>levo-t (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	2	
<i>levothyroxine sodium (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	2	
<i>levoxyf (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg</i>	2	
<i>liomny (generic of CYTOMEL) TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg</i>	3	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>liothyronine sodium (generic of CYTOMEL) TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg</i>	3	
<i>methimazole TABS 5mg, 10mg</i>	1	
<i>propylthiouracil TABS 50mg</i>	3	
<i>SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	4	
<i>unithroid (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	2	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol (generic of ROCALTROL) CAPS .25mcg, .5mcg</i>	2	B/D
<i>calcitriol (oral) (generic of ROCALTROL) SOLN 1mcg/ml</i>	4	B/D
<i>paricalcitol (generic of ZEMPLAR) CAPS 1mcg, 2mcg</i>	4	B/D
<i>paricalcitol CAPS 4mcg</i>	4	B/D
GASTROINTESTINAL - DRUGS TO TREAT STOMACH AND INTESTINAL DISORDERS		
ANTIEMETICS - DRUGS FOR NAUSEA AND VOMITING		
<i>aprepitant CAPS 40mg, 125mg</i>	4	B/D
<i>aprepitant (generic of EMEND BIPACK) CAPS 80mg</i>	4	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	4	B/D
<i>compro SUPP 25mg</i>	4	
<i>dronabinol (generic of MARINOL) CAPS 2.5mg QL (60 caps / 30 days)</i>	4	B/D QL
<i>dronabinol CAPS 5mg, 10mg QL (60 caps / 30 days)</i>	4	B/D QL
<i>granisetron hcl SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml</i>	4	
<i>granisetron hcl TABS 1mg</i>	4	B/D

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

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

ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH SPASMS

<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg PA applies if 65 years and older	3	PA
---	---	----

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml PA applies if 65 years and older	4	PA
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg QL (90 tabs / 30 days)	3	QL
<i>glycopyrrolate</i> TABS 2mg QL (120 tabs / 30 days)	3	QL

H2-RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID

<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	3	
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml	4	
<i>famotidine</i> (generic of PEPCID) TABS 20mg, 40mg	1	
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml	3	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	4	

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	3	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg QL (90 caps / 30 days)	4	QL
<i>budesonide</i> (generic of UCERIS) TB24 9mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> (generic of CORTENEMA) ENEM 100mg/60ml	4	
<i>mesalamine</i> (generic of APRISO) CP24 .375gm QL (120 caps / 30 days)	4	QL
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg QL (180 caps / 30 days)	4	QL
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm QL (1680 mL / 28 days)	4	QL
<i>mesalamine</i> (generic of CANASA) SUPP 1000mg QL (30 suppositories / 30 days)	4	QL
<i>mesalamine</i> (generic of LIALDA) TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 days)	4	QL
<i>mesalamine w/ cleanser</i> (generic of ROWASA) KIT 4gm QL (28 bottles / 28 days)	4	QL

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>sulfasalazine</i> (generic of AZULFIDINE) TABS 500mg	2	
<i>sulfasalazine</i> (generic of AZULFIDINE EN-TABS) TBEC 500mg	3	
LAXATIVES		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	2	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	2	
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i> (generic of GOLYTELY)	2	
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	2	
<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> (generic of GOLYTELY)	2	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	2	
PLENVU SOL	4	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i> (generic of SUPREP BOWEL PREP KIT)	3	
MISCELLANEOUS		
<i>alosetron hcl</i> (generic of LOTRONEX) TABS 1mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL PA
<i>alosetron hcl</i> (generic of LOTRONEX) TABS .5mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL PA
CREON CAP 3000UNIT	3	
CREON CAP 6000UNIT	3	
CREON CAP 12000UNT	3	
CREON CAP 24000UNT	3	
CREON CAP 36000UNT	3	
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> (generic of GASTROCROM) CONC 100mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i> (generic of LOMOTIL)	4	
GATTEX KIT 5mg	5	* NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg QL (30 caps / 30 days)	3	QL
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	2	
<i>misoprostol</i> (generic of CYTOTEC) TABS 100mcg, 200mcg	3	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
RELISTOR SOLN 12mg/0.6ml QL (28 vials / 28 days)	5	* QL PA
RELISTOR SOSY 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml QL (28 syringes / 28 days)	5	* QL PA
<i>sucralfate</i> (generic of CARAFATE) TABS 1gm	3	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg	4	
<i>ursodiol</i> TABS 250mg	3	
<i>ursodiol</i> (generic of URSO FORTE) TABS 500mg	3	
VOQUEZNA PAK DUAL PAK QL (2 kits / year)	3	QL PA
VOQUEZNA PAK TRIP PK QL (2 kits / year)	3	QL PA
VOWST CAP QL (12 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
XERMELO TABS 250mg QL (84 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
XIFAXAN TABS 550mg	5	* PA
ZENPEP CAP 3000UNIT	4	
ZENPEP CAP 5000UNIT	4	
ZENPEP CAP 10000UNT	4	
ZENPEP CAP 15000UNT	4	
ZENPEP CAP 20000UNT	4	
ZENPEP CAP 25000UNT	4	
ZENPEP CAP 40000UNT	4	
ZENPEP CAP 60000UNT	4	
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>esomeprazole magnesium</i> (generic of NEXIUM) CPDR 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 days)	3	QL ST

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg QL (60 caps / 30 days)	3	QL
<i>lansoprazole</i> (generic of PREVACID) CPDR 30mg QL (60 caps / 30 days)	3	QL
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>pantoprazole sodium</i> (generic of PANTOPRAZOLE SODIUM) SOLR 40mg	4	
<i>pantoprazole sodium</i> (generic of PROTONIX) TBEC 20mg, 40mg	1	
GENITOURINARY - DRUGS TO TREAT GENITAL AND URINARY TRACT CONDITIONS		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA - DRUGS TO TREAT ENLARGED PROSTATE		
<i>alfuzosin hcl</i> (generic of UROXATRAL) TB24 10mg QL (30 tabs / 30 days)	2	QL
<i>dutasteride</i> (generic of AVODART) CAPS .5mg QL (30 caps / 30 days)	3	QL
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg (generic of JALYN) QL (30 caps / 30 days)	3	QL
<i>finasteride</i> (generic of PROSCAR) TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>tadalafil</i> (generic of CIALIS) TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL PA
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	2	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>potassium citrate</i> (alkalinizer) (generic of UROCIT-K 15) TBCR 15meq	3	
<i>potassium citrate</i> (alkalinizer) TBCR 540mg	3	
<i>potassium citrate</i> (alkalinizer) (generic of UROCIT-K 10) TBCR 1080mg	3	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS TO TREAT URINARY INCONTINENCE		
GEMTESA TABS 75mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml QL (300 mL / 28 days)	3	QL
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml QL (600 mL / 30 days)	3	QL
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg QL (120 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
<i>solifenacin succinate</i> (generic of VESICARE) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg QL (30 caps / 30 days)	4	QL
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 days)	4	QL
<i>trospium chloride</i> TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> (generic of CLEOCIN) CREA 2%	3	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	3	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	3	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
HEMATOLOGIC - DRUGS TO TREAT BLOOD DISORDERS		
ANTICOAGULANTS - BLOOD THINNERS		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> (generic of PRADAXA) CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 days)	3	QL
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> (generic of PRADAXA) CAPS 110mg QL (120 caps / 30 days)	3	QL
ELIQUIS CPSP .15mg QL (56 caps / 21 days)	3	QL
ELIQUIS TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
ELIQUIS TABS 5mg QL (74 tabs / 30 days)	3	QL
ELIQUIS TBSO .5mg QL (588 tabs / 29 days)	3	QL
ELIQUIS (1.5MG PACK) 3 X TBSO .5mg QL (591 tabs / 29 days)	3	QL
ELIQUIS (2MG PACK) 4 X TBSO .5mg QL (592 tabs / 30 days)	3	QL
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 days)	3	QL
<i>enoxaparin sodium</i> (generic of LOVENOX) SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> (generic of ARIXTRA) SOLN 2.5mg/0.5ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> (generic of ARIXTRA) SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	5	*
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	3	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
<i>rivaroxaban</i> (generic of XARELTO) SUSR 1mg/ml QL (620 mL / 30 days)	3	QL
<i>rivaroxaban</i> (generic of XARELTO) TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
XARELTO TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 days)	3	QL
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
XARELTO STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 days)	3	QL
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
FULPHILA SOSY 6mg/0.6ml QL (2 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	NM PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	* NM PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	* NM PA
MISCELLANEOUS		
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>anagrelide hcl</i> CAPS 1mg	4	
<i>anagrelide hcl</i> (generic of AGRYLIN) CAPS .5mg	4	
BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	2	
DOPTELET TABS 20mg	5	* NM PA
DOPTELET SPRINKLE CPSP 10mg	5	* NM PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	4	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 vials / 30 days)	5	* QL NM PA
HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 vials / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>icatibant acetate</i> (generic of FIRAZYR) SOSY 30mg/3ml QL (9 syringes / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> (generic of ENDARI) PACK 5gm	5	* NM PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	2	
<i>sajazir</i> (generic of FIRAZYR) SOSY 30mg/3ml QL (9 syringes / 30 days)	5	* QL NM PA
SIKLOS TABS 100mg	4	
SIKLOS TABS 1000mg	5	*
TAVNEOS CAPS 10mg QL (180 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>tranexamic acid</i> (generic of CYKLOKAPRON) SOLN 1000mg/10ml	4	
<i>tranexamic acid</i> TABS 650mg	3	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
<i>aspirin-dipyridamole cap er</i> 12hr 25-200 mg	4	
<i>clopidogrel bisulfate</i> (generic of PLAVIX) TABS 75mg	1	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg PA applies if 65 years and older	3	PA
<i>prasugrel hcl</i> (generic of EFFIENT) TABS 5mg, 10mg	3	
<i>ticagrelor</i> (generic of BRILINTA) TABS 60mg, 90mg	3	
IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE SYSTEM		
AUTOIMMUNE AGENTS		
ADALIMUMAB-BWWD SOAJ 40mg/0.4ml QL (6 autoinjectors / 28 days)	5	* QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
ADALIMUMAB-BWWD SOSY 40mg/0.4ml QL (6 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
BIMZELX SOAJ 160mg/ml, 320mg/2ml QL (2 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
BIMZELX SOSY 160mg/ml, 320mg/2ml QL (2 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
DUPIXENT SOAJ 200mg/1.14ml, 300mg/2ml QL (4 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
DUPIXENT SOSY 200mg/1.14ml, 300mg/2ml QL (4 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml QL (16 vials / 28 days)	5	* QL NM PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 cartridges / 28 days)	5	* QL NM PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
HADLIMA SOSY 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
HADLIMA PUSHTOUCH SOAJ 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 autoinjectors / 28 days)	5	* QL NM PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml QL (2 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml QL (4 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
HUMIRA PEN AJKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
HUMIRA PEN AJKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV QL (3 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START AJKT 80mg/0.8ml QL (3 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	5	* NM PA
KINERET SOSY 100mg/0.67ml QL (28 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
PYZCHIVA SOAJ 45mg/0.5ml QL (1 pen / 28 days)	3	QL NM PA
PYZCHIVA SOAJ 90mg/ml QL (1 pen / 28 days)	5	* QL NM PA
PYZCHIVA SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 28 days)	3	QL NM PA
PYZCHIVA SOLN 130mg/26ml	5	* NM PA
PYZCHIVA SOSY 45mg/0.5ml QL (1 syringe / 28 days)	3	QL NM PA
PYZCHIVA SOSY 90mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL NM PA
REMICADE SOLR 100mg	5	* NM PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	5	* NM PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
RINVOQ TB24 45mg QL (168 tabs / year)	5	* QL NM PA
RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml QL (360 mL / 30 days)	5	* QL NM PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml QL (1 cartridge / 56 days)	5	* QL NM PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	5	* NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (6 syringes / 365 days)	5	* QL NM PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (6 pens / 365 days)	5	* QL NM PA
SOTYKTU TABS 6mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 28 days)	5	* QL NM PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	5	* NM PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL NM PA
TREMFYA SOAJ 200mg/2ml QL (2 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
TREMFYA SOLN 200mg/20ml	5	* NM PA
TREMFYA SOPN 100mg/ml QL (1 pen / 28 days)	5	* QL NM PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL NM PA
TREMFYA SOSY 200mg/2ml QL (2 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
TREMFYA INDUCTION PACK FO SOAJ 200mg/2ml QL (2 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
TREMFYA PEN SOAJ 100mg/ml QL (1 pen / 28 days)	5	* QL NM PA
TYENNE SOAJ 162mg/0.9ml QL (4 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
TYENNE SOLN 80mg/4ml, 200mg/10ml, 400mg/20ml	5	* NM PA
TYENNE SOSY 162mg/0.9ml QL (4 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
USTEKINUMAB SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 28 days)	5	* QL NM PA
USTEKINUMAB SOLN 130mg/26ml	5	* NM PA
USTEKINUMAB SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL NM PA
VELSIPITY TABS 2mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
XELJANZ SOLN 1mg/ml QL (480 mL / 24 days)	5	* QL NM PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
YESINTEK SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 28 days)	3	QL NM PA
YESINTEK SOLN 130mg/26ml	3	NM PA
YESINTEK SOSY 45mg/0.5ml QL (1 syringe / 28 days)	3	QL NM PA
YESINTEK SOSY 90mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL NM PA
DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS) - DRUGS TO TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> (generic of PLAQUENIL) TABS 200mg	3	
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	4	B/D
<i>leflunomide</i> (generic of ARAVA) TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	3	QL
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	3	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4	B/D
IMMUNOGLOBULINS		
ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	* NM PA
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	5	* NM PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	5	* NM PA
GAMASTAN INJ	4	B/D NM
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	* NM PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	5	* NM PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	* NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	* NM PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	* NM PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	* NM PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	* NM PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	* NM PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	5	* NM PA
ARCALYST SOLR 220mg	5	* NM PA
IMMUNOSUPPRESSANTS		
ASTAGRAF XL CP24 5mg	5	* B/D NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	4	B/D NM
<i>azathioprine</i> (generic of IMURAN) TABS 50mg	3	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml QL (8 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	5	* NM PA
BENLYSTA SOSY 200mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>cyclosporine</i> (generic of SANDIMMUNE) CAPS 25mg, 100mg	4	B/D NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> (generic of NEORAL) CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 50mg	4	B/D NM

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>everolimus</i> (<i>immunosuppressant</i>) (generic of ZORTRESS) TABS .5mg, .75mg, 1mg	5	* B/D NM
<i>everolimus</i> (<i>immunosuppressant</i>) (generic of ZORTRESS) TABS .25mg	4	B/D NM
<i>gengraf</i> (generic of NEORAL) CAPS 25mg, 100mg	4	B/D NM
<i>mycophenolate mofetil</i> (generic of CELLCEPT) CAPS 250mg; TABS 500mg	3	B/D NM
<i>mycophenolate mofetil</i> (generic of CELLCEPT) SUSR 200mg/ml	5	* B/D NM
<i>mycophenolate sodium</i> (generic of MYFORTIC) TBEC 180mg, 360mg	4	B/D NM
NULOJIX SOLR 250mg	5	* B/D NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	4	B/D NM
REZUROCK TABS 200mg QL (30 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	4	B/D NM
<i>tacrolimus</i> (generic of PROGRAF) CAPS .5mg, 1mg, 5mg	4	B/D NM
VACCINES		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	1	PA
ACTHIB INJ	1	
ADACEL INJ	1	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	PA
BCG VACCINE SOLR 50mg	1	
BEXSERO SUSY .5ml	1	
BOOSTRIX INJ	1	
DAPTACEL INJ	1	
DENGVAXIA SUS	1	
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	1	B/D
GARDASIL 9 SUSP .5ml; SUSY .5ml	1	
HAVRIX SUSY 720elu/0.5ml, 1440unit/ml	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	1	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	1	B/D
INFANRIX INJ	1	
IPOL INJ INACTIVE	1	
IXIARO INJ	1	
JYNNEOS SUSP .5ml	1	B/D
KINRIX INJ	1	
M-M-R II INJ	1	
MENQUADFI SOLN .5ml	1	
MENVEO INJ	1	
MENVEO SOL	1	
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	1	PA
PEDIARIX INJ 0.5ML	1	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	1	
PENBRAYA INJ	1	
PENMENVY INJ	1	
PENTACEL INJ	1	
PRIORIX INJ	1	
PROQUAD INJ	1	
QUADRACEL INJ 0.5ML	1	
RABAVERT INJ	1	B/D
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 QL (2 vials per lifetime)	1	QL
TENIVAC INJ 5-2LF	1	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	1	
TRUMENBA SUSY .5ml	1	
TWINRIX INJ	1	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	1	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml; SUSY 25unit/0.5ml, 50unit/ml	1	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L REQUISITOS / LIMITES
VARIVAX SUSR 1350pfu/0.5ml	1
VAXCHORA SUS	1
VIMKUNYA SUSY 40mcg/0.8ml	1
VIVOTIF CAP EC	1
YF-VAX INJ	1
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE	
D2.5W/NACL INJ 0.45%	4
D5W/NACL INJ 0.2%	3
D5W/NACL INJ 0.45%	3
D10W/NACL INJ 0.2%	3
D10W/NACL INJ 0.45%	3
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i> (generic of DEXTROSE 2.5%/SODIUM CHLO)	3
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	3
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i> (generic of DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORI)	3
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i> (generic of DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORI)	3
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i> (generic of DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORI)	3
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> (generic of DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE)	3
ISOLYTE-P INJ /D5W	4
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	4
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i> (generic of KCL 0.075%/D5W/NACL 0.45%)	3
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	3

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L REQUISITOS / LIMITES
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)	3
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)	3
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.9% inj</i>	3
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	3
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE/DEXTRO)	3
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i> (generic of KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9%)	3
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i> (generic of KCL 0.3%/D5W/NACL 0.45%)	3
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)	3
<i>kcl 40 meq/l (0.298%) in nacl 0.9% inj</i>	3
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4
KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2	3
LACTATED RIN INJ	4
<i>lactated ringer's solution</i>	3
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	3
<i>magnesium sulfate</i> (generic of MAGNESIUM SULFATE) SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	3

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> (generic of MAGNESIUM SULFATE IN D5W)	3	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i> (generic of PLASMA-LYTE 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</i> SOLN 2meq/ml	3	
<i>potassium chloride</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE) SOLN 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	3	
<i>potassium chloride 20 meq/l</i> (0.15%) in dextrose 5% inj (generic of POTASSIUM CHLORIDE/DEXTRO)	3	
<i>sodium chloride</i> SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	3	
TPN ELECTROL INJ	4	B/D
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	4	
KLOR-CON 8 TBCR 8meq	2	
<i>klor-con 10</i> TBCR 10meq	2	
KLOR-CON 10 TBCR 10meq	2	
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	2	
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	2	
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	2	
M-NATAL PLUS TAB	3	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; TBCR 10meq, 20meq	2	
<i>potassium chloride</i> PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	4	
<i>potassium chloride</i> (generic of KLOR-CON 8) TBCR 8meq	2	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 10meq, 15meq, 20meq	2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	3	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1</i> (0.5 f) mg/ml soln	2	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	3	
IV NUTRITION		
<i>aminosyn ii soln 15%</i>	4	B/D
AMINOSYN INJ 10%	4	B/D
AMINOSYN-PF INJ 10%	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	4	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	4	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	B/D
<i>dextrose</i> (generic of DEXTROSE 5%) SOLN 5%	3	
<i>dextrose</i> (generic of DEXTROSE 10%) SOLN 10%	3	
<i>dextrose</i> SOLN 50%	3	B/D
DEXTROSE 10% SOLN 10%	3	
DEXTROSE 70% SOLN 70%	3	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	4	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	4	B/D
<i>plenamine</i>	4	B/D
PREMASOL SOL 10%	5	* B/D
PROSOL INJ 20%	4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	4	B/D
OPHTHALMIC - DRUGS TO TREAT EYE CONDITIONS		
ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS TO TREAT INFECTIONS AND INFLAMMATION		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	3	
<i>loteprednol etabonate-tobramycin ophth susp 0.5-0.3%</i>	3	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1% (generic of MAXITROL)</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1% (generic of MAXITROL)</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	4	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	2	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	3	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	3	
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>bacitracin (ophthalmic) 500unit/gm</i>	OINT	3
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>		2
<i>besifloxacin hcl</i>	SUSP .6%	3
BESIVANCE	SUSP .6%	3
CILOXAN	OINT .3%	3
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	SOLN .3%	2
<i>erythromycin (ophth)</i>	OINT 5mg/gm	2
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	SOLN .5%	3
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	SOLN .3%	2
<i>moxifloxacin hcl (ophth) (generic of VIGAMOX)</i>	SOLN .5%	3
	QL (12 mL / 30 days)	QL
NATACYN	SUSP 5%	4
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>		3
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>		3
<i>ofloxacin (ophth) (generic of OCUFLOX)</i>	SOLN .3%	2
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>		1

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>sulfacetamide sodium (ophth) SOLN 10%</i>		3
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>		1
<i>trifluridine SOLN 1%</i>		4
XDEMVI SOLN .25%		5
ZIRGAN GEL .15%		4
ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION		
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>		3
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>		2
<i>fluorometholone (ophth) (generic of FML LIQUIFILM) SUSP .1%</i>		3
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>		3
<i>ketorolac tromethamine (ophth) (generic of ACULAR LS) SOLN .4%</i>		3
<i>ketorolac tromethamine (ophth) (generic of ACULAR) SOLN .5%</i>		2
LOTEMAX OINT .5%		3
<i>prednisolone acetate (ophth) (generic of PRED FORTE) SUSP 1%</i>		3
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%		3
ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>azelastine hcl (ophth) SOLN .05%</i>		2
<i>cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%</i>		2
ZERVIAE SOLN .24%		4
ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%</i>		3
<i>brimonidine tartrate SOLN .2%</i>		1
<i>brinzolamide (generic of AZOPT) SUSP 1%</i>		4
<i>carteolol hcl (ophth) SOLN 1%</i>		2
		ST

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	
dorzolamide hcl SOLN 2%	2	
dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5% (generic of COSOPT)	2	
latanoprost (generic of XALATAN) SOLN .005%	1	
levobunolol hcl SOLN .5%	2	
LUMIGAN SOLN .01%	3	
pilocarpine hcl SOLN 1%, 2%, 4%	3	
RHOPRESSA SOLN .02%	4	
ROCKLATAN DRO	4	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	4	
timolol maleate (ophth) SOLG .25%, .5%	3	
timolol maleate (ophth) SOLN .25%, .5%	1	
VYZULTA SOLN .024%	4	
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3	
atropine sulfate (ophthalmic) SOLN 1%	3	
CYSTADROPS SOLN .37%	5	* NM PA
CYSTARAN SOLN .44%	5	* NM PA
EYSUVIS SUSP .25%	4	
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	3	
proparacaine hcl (generic of ALCAINE) SOLN .5%	3	
RESTASIS EMUL .05%	3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	
XIIDRA SOLN 5%	3	
OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR		
OTIC AGENTS		
acetic acid (otic) SOLN 2%	3	
ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%	4	
flac (generic of DERMOTIC) OIL .01%	3	
fluocinolone acetonide (otic) (generic of DERMOTIC) OIL .01%	3	
hydrocortisone w/ acetic acid otic soln 1-2%	4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%	3	
neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%	3	
ofloxacin (otic) SOLN .3%	4	
RESPIRATORY - DRUGS TO TREAT BREATHING DISORDERS		
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT COPD		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25 QL (60 blisters / 30 days)	3	QL
BEVESPI AER 9-4.8MCG QL (1 inhaler / 30 days)	3	QL
BREZTRI AERO AER SPHERE QL (1 inhaler / 30 days)	3	QL
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) QL (4 inhalers / 28 days)	3	QL
COMBIVENT AER 20-100 QL (2 inhalers / 30 days)	4	QL
ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml	3	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 days)	3	QL
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 days)	3	QL
ANTICHOLINERGICS - DRUGS TO TREAT COPD		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	4	QL
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh QL (30 blisters / 30 days)	3	QL
ipratropium bromide SOLN .02%	2	B/D
ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%	3	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
SPIRIVA RESPIMAT AERS 1.25mcg/act QL (1 inhaler / 30 days)	4	QL
ANTIHISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%	2	
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 5mg/5ml QL (300 mL / 30 days)	2	QL
<i>cyproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year	3	PA
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	3	
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml PA applies if 65 years and older	4	PA
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year	3	PA
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year	3	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml QL (300 mL / 30 days)	4	QL
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	2	QL
BETA AGONISTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Proair HFA)	3	QL
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Proventil HFA)	3	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Ventolin HFA)	3	QL
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	3	B/D
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%	2	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml	3	
<i>albuterol sulfate</i> TABS 2mg, 4mg	4	
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	3	QL ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose QL (60 inhalations / 30 days)	3	QL
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	4	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	3	QL
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act QL (6 inhalers / 30 days)	3	QL
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> (generic of SINGULAIR) CHEW 4mg, 5mg	2	
<i>montelukast sodium</i> (generic of SINGULAIR) PACK 4mg	4	
<i>montelukast sodium</i> (generic of SINGULAIR) TABS 10mg	1	
<i>zafirlukast</i> (generic of ACCOLATE) TABS 10mg, 20mg	3	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	4	B/D
ALYFTREK TAB 4-20-50 QL (84 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
ALYFTREK TAB 10-50-125 QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5	* NM PA

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	3	B/D
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> (generic of EPIPEN 2-PAK) SOAJ .3mg/0.3ml (generic of EpiPen)	3	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> (generic of EPIPEN-JR 2-PAK) SOAJ .15mg/0.3ml (generic of EpiPen)	3	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (generic of Adrenaclick)	3	
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	5	* QL NM PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml QL (1 pen / 28 days)	5	* QL NM PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packets / 28 days)	5	* QL NM PA
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
ORKAMBI GRA 75-94MG QL (56 packets / 28 days)	5	* QL NM PA
ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packets / 28 days)	5	* QL NM PA
ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packets / 28 days)	5	* QL NM PA
ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg QL (270 caps / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>pirfenidone</i> (generic of ESBRIET) TABS 267mg QL (270 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>pirfenidone</i> (generic of ESBRIET) TABS 801mg QL (90 tabs / 30 days)	5	* QL NM PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	5	* NM PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	5	* NM PA
<i>roflumilast</i> (generic of DALIRESP) TABS 250mcg QL (56 tabs / year)	4	QL
<i>roflumilast</i> (generic of DALIRESP) TABS 500mcg QL (30 tabs / 30 days)	4	QL
SYMDEKO TAB 50-75MG QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
SYMDEKO TAB 100-150 QL (56 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg	4	
<i>theophylline</i> TB24 400mg, 600mg	3	
TRIKAFTA PAK 59.5MG QL (56 packs / 28 days)	5	* QL NM PA
TRIKAFTA PAK 75MG QL (56 packs / 28 days)	5	* QL NM PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG QL (84 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG QL (84 tabs / 28 days)	5	* QL NM PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 300mg/2ml QL (4 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
XOLAIR SOAJ 150mg/ml QL (8 pens / 28 days)	5	* QL NM PA
XOLAIR SOLR 150mg QL (8 vials / 28 days)	5	* QL NM PA
XOLAIR SOSY 75mg/0.5ml, 300mg/2ml QL (4 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
XOLAIR SOSY 150mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	5	* QL NM PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	5	* NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
NASAL STEROIDS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES			
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%		3	QL
QL (3 bottles / 30 days)			
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act		2	QL
QL (1 bottle / 30 days)			
XHANCE EXHU 93mcg/act		4	QL PA
QL (32 mL / 30 days)			
STEROID INHALANTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA			
ALVESCO AERS 80mcg/act		4	QL
QL (3 inhalers / 30 days)			
ALVESCO AERS 160mcg/act		4	QL
QL (2 inhalers / 30 days)			
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act		3	QL
QL (30 inhalations / 30 days)			
<i>budesonide (inhalation)</i> (generic of PULMICORT) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml		4	B/D
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD			
ADVAIR HFA AER 45/21		3	QL
QL (1 inhaler / 30 days)			
ADVAIR HFA AER 115/21		3	QL
QL (1 inhaler / 30 days)			
ADVAIR HFA AER 230/21		3	QL
QL (1 inhaler / 30 days)			
AIRSUPRA AER 90-80MCG		3	QL
QL (3 inhalers / 30 days)			
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG		3	QL
QL (60 blisters / 30 days)			
BREO ELLIPTA INH 100-25		3	QL
QL (60 blisters / 30 days)			
BREO ELLIPTA INH 200-25		3	QL
QL (60 blisters / 30 days)			
<i>brey-na</i> (generic of SYMBICORT)		3	QL
QL (3 inhalers / 30 days)			

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol</i> 80-4.5 mcg/act (generic of SYMBICORT)		3	QL
QL (3 inhalers / 30 days)			
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol</i> 160-4.5 mcg/act (generic of SYMBICORT)		3	QL
QL (3 inhalers / 30 days)			
DULERA AER 50-5MCG		4	QL
QL (3 inhalers / 30 days)			
DULERA AER 100-5MCG		4	QL
QL (3 inhalers / 30 days)			
DULERA AER 200-5MCG		4	QL
QL (3 inhalers / 30 days)			
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i> 100-50 mcg/act (generic of ADVAIR DISKUS)		3	QL
QL (60 inhalations / 30 days) (generic PRASCO not covered)			
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i> 250-50 mcg/act (generic of ADVAIR DISKUS)		3	QL
QL (60 inhalations / 30 days) (generic PRASCO not covered)			
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i> 500-50 mcg/act (generic of ADVAIR DISKUS)		3	QL
QL (60 inhalations / 30 days) (generic PRASCO not covered)			
<i>wixela inhub</i> (generic of ADVAIR DISKUS)		3	QL
QL (60 inhalations / 30 days)			
TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS DERMATOLOGY, ACNE			
<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg		4	PA
<i>amnestem</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg		4	PA

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> (generic of BENZAMYCIN) QL (46.6 gm / 30 days)	4	QL
<i>claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	PA
<i>clindamycin phosph-benzoyl peroxide (refrig) gel 1.2 (1)-5%</i> QL (45 gm / 30 days)	3	QL
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> (generic of CLINDAGEL) GEL 1% QL (75 mL / 30 days)	3	QL PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> (generic of CLEOCIN-T) LOTN 1% QL (60 mL / 30 days)	3	QL
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> SOLN 1% QL (60 mL / 30 days)	3	QL
<i>ery PADS 2%</i> QL (60 pledgets / 30 days)	3	QL
<i>erythromycin (acne aid) 2%</i> QL (60 gm / 30 days)	3	QL
<i>erythromycin (acne aid) SOLN 2%</i> QL (60 mL / 30 days)	3	QL
<i>isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	PA
<i>neuac</i> QL (45 gm / 30 days)	3	QL
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> (generic of KLARON) LOTN 10% QL (118 mL / 30 days)	4	QL
<i>tretinoin</i> (generic of RETIN-A) CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025% QL (45 gm / 30 days)	4	QL PA
<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1% QL (60 gm / 30 days)	3	QL
<i>zenatane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1% QL (30 gm / 30 days)	3	QL
<i>mupirocin OINT 2%</i> QL (220 gm / 30 days)	2	QL
<i>silver sulfadiazine</i> (generic of SILVADENE) CREA 1%	2	QL
<i>ssd</i> (generic of SILVADENE) CREA 1%	2	QL
<i>SULFAMYLON CREA 85mg/gm</i> QL (453.6 gm / 30 days)	4	QL
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>ciclopirox SHAM 1%</i> QL (120 mL / 30 days)	3	QL
<i>ciclopirox olamine .77%</i> QL (90 gm / 30 days)	3	QL
<i>ciclopirox olamine SUSP .77%</i> QL (60 mL / 30 days)	3	QL
<i>clotrimazole (topical) 1%</i> QL (45 gm / 30 days)	2	QL
<i>clotrimazole (topical) 1%</i> QL (60 mL / 30 days)	3	QL
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i> QL (45 gm / 30 days)	3	QL
<i>econazole nitrate CREA 1%</i> QL (85 gm / 30 days)	3	QL
<i>ketoconazole (topical) 2%</i> QL (60 gm / 30 days)	3	QL
<i>ketoconazole (topical) 2%</i> QL (120 mL / 30 days)	2	QL
<i>klayesta POWD 100000unit/gm</i> QL (60 gm / 30 days)	3	QL
<i>nyamyc POWD 100000unit/gm</i> QL (60 gm / 30 days)	3	QL

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm QL (30 gm / 30 days)	2	QL
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	3	QL
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	3	QL
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	2	
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	4	PA
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005% QL (120 gm / 30 days)	4	QL PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005% QL (120 mL / 30 days)	3	QL PA
<i>calcitrene</i> OINT .005% QL (120 gm / 30 days)	4	QL PA
ENSTILAR AER QL (120 gm / 30 days)	5	* QL PA
<i>tazarotene</i> (generic of TAZORAC) CREA .05%, .1% QL (60 gm / 30 days)	3	QL PA
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort</i> CREA 1%	1	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 days)	3	QL
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 days)	3	QL
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05% QL (120 mL / 30 days)	3	QL
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> OINT .05% QL (120 gm / 30 days)	4	QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 days)	2	QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> GEL .05% QL (120 gm / 30 days)	4	QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05% QL (120 mL / 30 days)	4	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> (generic of DIPROLENE) OINT .05% QL (120 gm / 30 days)	4	QL
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1% QL (120 gm / 30 days)	3	QL
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1% QL (120 mL / 30 days)	3	QL
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05% QL (120 gm / 30 days)	4	QL
<i>clobetasol propionate</i> (generic of CLOBEX) SHAM .05% QL (236 mL / 30 days)	4	QL
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05% QL (100 mL / 30 days)	4	QL
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 days)	4	QL
<i>clodan</i> (generic of CLOBEX) SHAM .05% QL (236 mL / 30 days)	4	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01% QL (60 gm / 30 days)	4	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of SYNALAR) CREA .025% QL (120 gm / 30 days)	4	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of DERMA-SMOOTHIE/FS BODY) OIL .01% QL (118.28 mL / 30 days)	3	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of DERMA-SMOOTHIE/FS SCALP) OIL .01% QL (118.28 mL / 30 days)	3	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of SYNALAR) OINT .025% QL (120 gm / 30 days)	3	QL

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVE REQUISITOS / LIMITES	
		L	
<i>fluocinolone acetone</i> SOLN .01%	4	QL	
QL (60 mL / 30 days)			
<i>fluocinonide</i> (generic of VANOS) CREA .1%	3	QL	
QL (120 gm / 30 days)			
<i>fluocinonide</i> CREA .05%	3	QL	
QL (120 gm / 30 days)			
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05%	4	QL	
QL (60 gm / 30 days)			
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	3	QL	
QL (60 mL / 30 days)			
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	4	QL	
QL (120 gm / 30 days)			
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	3		
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	4	QL	
QL (50 gm / 30 days)			
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%	1		
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	2		
<i>hydrocortisone (topical)</i> OINT 1%	2	QL	
QL (30 gm / 30 days)			
<i>hydrocortisone valerate</i> CREA .2%	3	QL	
QL (60 gm / 30 days)			
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	3		
<i>triamcinolone acetone (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5%	2	QL	
QL (454 gm / 30 days)			
<i>triamcinolone acetone (topical)</i> LOTN .025%, .1%	3		
<i>triamcinolone acetone (topical)</i> OINT .025%, .1%, .5%	2		
<i>triderm</i> CREA .5%	2	QL	
QL (454 gm / 30 days)			
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS			
<i>glydo</i> PRSY 2%	3	QL PA	
QL (60 mL / 30 days)			

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVE REQUISITOS / LIMITES	
		L	
<i>lidocaine</i> OINT 5%	4	QL PA	
QL (50 gm / 30 days)			
<i>lidocaine</i> (generic of LIDODERM) PTCH 5%	4	QL PA	
QL (3 patches / 1 day)			
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	3	QL PA	
QL (50 mL / 30 days)			
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	2	B/D QL	
QL (30 gm / 30 days)			
<i>lidocan</i> (generic of LIDODERM) PTCH 5%	4	QL PA	
QL (3 patches / 1 day)			
<i>tridacaine ii</i> (generic of LIDODERM) PTCH 5%	4	QL PA	
QL (3 patches / 1 day)			
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE			
<i>bexarotene (topical)</i> (generic of TARGRETIN) GEL 1%	5	* QL NM PA	
QL (60 gm / 30 days)			
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5%	3	QL	
QL (300 mL / 28 days)			
<i>EUCRISA</i> OINT 2%	4	QL PA	
QL (120 gm / 30 days)			
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	4	QL	
QL (40 gm / 30 days)			
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	3	QL	
QL (10 mL / 30 days)			
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%	3		
<i>hydrocortisone (rectal)</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	3		
<i>imiquimod</i> CREA 5%	3	QL	
QL (24 packets / 30 days)			
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	2		
<i>metronidazole (topical)</i> (generic of METROCREAM) CREA .75%	3	QL	
QL (45 gm / 30 days)			
<i>metronidazole (topical)</i> GEL .75%	3	QL	
QL (45 gm / 30 days)			

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75% QL (59 mL / 30 days)	4	QL
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> (generic of RECTIV) OINT .4% QL (30 gm / 30 days)	4	QL
PANRETIN GEL .1% QL (60 gm / 30 days)	5	* QL PA
<i>pimecrolimus</i> CREA 1% QL (100 gm / 30 days)	4	QL PA
<i>podofilox</i> SOLN .5% QL (7 mL / 28 days)	3	QL
<i>procto-med hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	3	
<i>proctocort</i> CREA 1%	3	
<i>proctosol hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	3	
<i>proctozone-hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	3	
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1% QL (100 gm / 30 days)	4	QL PA
VALCHLOR GEL .016% QL (60 gm / 30 days)	5	* QL NM PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>malathion</i> LOTN .5% QL (59 mL / 30 days)	4	QL
<i>permethrin</i> (generic of PERMETHRIN) CREA 5% QL (60 gm / 30 days)	3	QL
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
SANTYL OINT 250unit/gm QL (180 gm / 30 days)	4	QL PA
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	3	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	2	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> (generic of PERIDEX) SOLN .12%	1	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg QL (150 lozenges / 30 days)	3	QL
<i>kourzeq</i> PSTE .1%	3	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	2	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> (generic of NYSTATIN) SUSP 100000unit/ml	2	
<i>periogard</i> (generic of PERIDEX) SOLN .12%	1	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> (generic of SALAGEN) TABS 5mg, 7.5mg	3	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	3	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

Index

- A**
abacavir sulfate.....15
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg.....16
abigale.....53
abigale lo.....53
ABILIFY
 see *aripiprazole*.....38
ABILIFY ASIMTUFII.....38
ABILIFY MAINTENA.....38
abiraterone acetate.....20
abirtega.....20
ABRAXANE
 see *paclitaxel inj 100mg*.....22
ABRYSVO.....64
acamprosate calcium.....47
acarbose.....48
ACCOLATE
 see *zafirlukast*.....69
accutane.....71
acebutolol hcl.....32
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml.....12
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg.....12
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg.....12
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg.....12
acetazolamide.....33
acetic acid.....59
acetic acid (otic).....68
acetylcysteine.....69
acitretin.....73
ACTHIB INJ.....64
ACTIMMUNE.....63
ACTIVEVILLA
 see *abigale*.....53
 see *estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg*.....54
 see *mimvey*.....54
ACTOPLUS MET
 see *pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg*.....49
ACTOS
 see *pioglitazone hcl*.....49
ACULAR
 see *ketorolac tromethamine (ophth)*.....67
ACULAR LS
 see *ketorolac tromethamine (ophth)*.....67
acyclovir.....17
acyclovir sodium.....17
ADACEL INJ.....64
ADALIMUMAB-BWWD...61
ADCIRCA
 see *alyq*.....34
 see *tadalafil (pulmonary hypertension)*.....34
ADDERALL
 see *amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg*.....44
 see *amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg*.....45
 see *amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg*.....45
 see *amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg*.....45
 see *amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg*.....45
 see *amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg*.....44
 see *amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg*.....44
ADDERALL XR
 see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg*...44
 see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg*...44
 see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg*...44
 see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg*...44
 see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg*...44
 see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg*.....44
adefovir dipivoxil.....17
ADEMPAS.....34
ADMELOG.....49
ADMELOG SOLOSTAR .50
ADRENALIN
 see *epinephrine (anaphylaxis)*.....33
ADVAIR DISKUS
 see *fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act*...71
 see *fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act*...71
 see *fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act*...71
 see *wixela inhub*.....71
ADVAIR HFA AER 115/21.....71
ADVAIR HFA AER 230/21.....71
ADVAIR HFA AER 45/21 71
AFINITOR
 see *everolimus*.....23
 see *torpenz*.....26
AFINITOR DISPERZ
 see *everolimus*.....23
afirmelle.....51
AGRYLIN
 see *anagrelide hcl*.....60
AIMOVIG.....45
AIRSUPRA AER 90-80MCG.....71
AKEEGA TAB 100/500...20

AKEEGA TAB 50/500MG			
.....	20		
<i>ala-cort</i>	73		
<i>albendazole</i>	13		
<i>albuterol sulfate</i>	69		
ALCAINE			
see <i>proparacaine hcl</i> ...	68		
<i>alclometasone dipropionate</i>			
.....	73		
ALCOHOL SWABS:			
EMBECTA-			
BD/MHC/RUGBY	50		
ALDACTONE			
see <i>spironolactone</i>	28		
ALDURAZYME	54		
ALECENSA	22		
<i>alendronate sodium</i>	51		
<i>alfuzosin hcl</i>	59		
ALIMTA			
see <i>pemetrexed</i>			
<i>disodium</i>	20		
<i>aliskiren fumarate</i>	33		
<i>allopurinol</i>	11		
<i>alosetron hcl</i>	58		
<i>aprazolam</i>	34		
<i>altavera</i>	51		
ALUNBRIG	22		
ALUNBRIG PAK	22		
ALVAIZ	60		
ALVESCO.....	71		
<i>alyacen 1/35</i>	51		
<i>alyacen 7/7/7</i>	51		
ALYFTREK TAB 10-50-125			
.....	69		
ALYFTREK TAB 4-20-50	69		
ALYGLO	63		
<i>alyq</i>	34		
<i>amantadine hcl</i>	37		
AMBIEN			
see <i>zolpidem tartrate</i> ...	45		
AMBISOME			
see <i>amphotericin b</i>			
<i>liposome</i>	14		
<i>ambrisentan</i>	34		
<i>amikacin sulfate</i>	13		
<i>amiloride &</i>			
<i>hydrochlorothiazide tab</i>			
5-50 mg.....	33		
<i>amiloride hcl</i>	33		
<i>aminosyn ii soln 15%</i>	66		
AMINOSYN INJ 10%	66		
AMINOSYN-PF INJ 10%	66		
<i>amiodarone hcl</i>	30		
<i>amitriptyline hcl</i>	35		
<i>amlodipine besylate</i>	32		
<i>amlodipine besylate-</i>			
<i>benazepril hcl cap 10-20</i>			
mg.....	27		
<i>amlodipine besylate-</i>			
<i>benazepril hcl cap 10-40</i>			
mg.....	27		
<i>amlodipine besylate-</i>			
<i>benazepril hcl cap 2.5-10</i>			
mg.....	27		
<i>amlodipine besylate-</i>			
<i>benazepril hcl cap 5-10</i>			
mg.....	27		
<i>amlodipine besylate-</i>			
<i>benazepril hcl cap 5-20</i>			
mg.....	27		
<i>amlodipine besylate-</i>			
<i>benazepril hcl cap 5-40</i>			
mg.....	27		
<i>amlodipine besylate-</i>			
<i>olmesartan medoxomil</i>			
<i>tab 10-20 mg</i>	28		
<i>amlodipine besylate-</i>			
<i>olmesartan medoxomil</i>			
<i>tab 10-40 mg</i>	28		
<i>amlodipine besylate-</i>			
<i>olmesartan medoxomil</i>			
<i>tab 5-20 mg</i>	28		
<i>amlodipine besylate-</i>			
<i>olmesartan medoxomil</i>			
<i>tab 5-40 mg</i>	28		
<i>amlodipine besylate-</i>			
<i>valsartan tab 10-160 mg</i>			
.....	29		
<i>amlodipine besylate-</i>			
<i>valsartan tab 10-320 mg</i>			
.....	29		
<i>amlodipine besylate-</i>			
<i>valsartan tab 5-160 mg</i>			
<i>amlodipine besylate-</i>			
<i>valsartan tab 5-320 mg</i>			
AMLODIPINE/OLMESART			
AN MED			
see <i>amlodipine besylate-</i>			
<i>olmesartan medoxomil</i>			
<i>tab 10-20 mg</i>	28		
see <i>amlodipine besylate-</i>			
<i>olmesartan medoxomil</i>			
<i>tab 10-40 mg</i>	28		
see <i>amlodipine besylate-</i>			
<i>olmesartan medoxomil</i>			
<i>tab 5-20 mg</i>	28		
see <i>amlodipine besylate-</i>			
<i>olmesartan medoxomil</i>			
<i>tab 5-40 mg</i>	28		
<i>amnestem</i>	71		
<i>amoxapine</i>	35		
<i>amoxicillin</i>	18		
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>			
<i>for susp 200-28.5 mg/5ml</i>			
.....	19		
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>			
<i>for susp 250-62.5 mg/5ml</i>			
.....	19		
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>			
<i>for susp 400-57 mg/5ml</i>			
.....	19		
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>			
<i>for susp 600-42.9 mg/5ml</i>			
.....	19		
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>			
<i>tab 250-125 mg</i>	19		
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>			
<i>tab 500-125 mg</i>	19		
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>			
<i>tab 875-125 mg</i>	19		
<i>amphetamine-</i>			
<i>dextroamphetamine cap</i>			
<i>er 24hr 10 mg</i>	44		
<i>amphetamine-</i>			
<i>dextroamphetamine cap</i>			
<i>er 24hr 15 mg</i>	44		
<i>amphetamine-</i>			
<i>dextroamphetamine cap</i>			
<i>er 24hr 20 mg</i>	44		
<i>amphetamine-</i>			
<i>dextroamphetamine cap</i>			
<i>er 24hr 25 mg</i>	44		
<i>amphetamine-</i>			
<i>dextroamphetamine cap</i>			
<i>er 24hr 30 mg</i>	44		

<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>.....44	ANCOBON see <i>flucytosine</i> .....14	see <i>candesartan cilexetil</i>.....30
<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg</i>.....44	ANDROGEL PUMP see <i>testosterone pump</i> 48	<i>atazanavir sulfate</i>.....15
<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>.....45	ANORO ELLIPT AER 62.5- 25.....68	<i>atenolol</i> .....32
<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg</i>.....45	ANUSOL-HC see <i>hydrocortisone</i> (rectal) .....74	<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>.....31
<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg</i>.....45	see <i>procto-med hc</i> .....75	<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>.....31
<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg</i>.....45	see <i>proctosol hc</i> .....75	ATIVAN see <i>lorazepam</i>.....35
<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 5 mg</i>.....44	see <i>proctozone-hc</i>.....75	<i>atomoxetine hcl</i>.....45
<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>.....44	<i>aprepitant</i>.....56	<i>atorvastatin calcium</i> .....31
<i>amphotericin b</i> .....14	<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i> .....56	<i>atovaquone</i> .....13
<i>amphotericin b liposome</i> .14	<i>apri</i>.....51	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>.....15
<i>ampicillin</i> .....19	APRISO see <i>mesalamine</i> .....57	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>.....15
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>.....19	APTIVUS .....15	ATROPINE SULFATE ...68
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>.....19	ARALAST NP .....69	<i>atropine sulfate</i> (ophthalmic) .....68
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1- 0.5) gm</i>.....19	<i>aranelle</i>.....51	ATROVENT HFA .....68
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10- 5) gm</i>.....19	ARAVA see <i>leflunomide</i> .....63	<i>abra eq</i> .....51
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>.....19	ARCALYST.....63	AUGMENTIN ES-600 see <i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>.....19
<i>ampicillin sodium</i> .....19	AREXVY .....64	AUGTYRO .....22
AMPYRA see <i>dalfampridine</i> .....47	ARICEPT see <i>donepezil hydrochloride</i> .....35	<i>aurovela 1/20</i> .....51
ANAFRANIL see <i>clomipramine hcl</i> ..36	ARIKAYCE .....13	<i>aurovela fe 1.5/30</i> .....51
<i>anagrelide hcl</i> .....60	ARIMIDEX see <i>anastrozole</i> .....20	<i>aurovela fe 1/20</i> .....51
<i>anastrozole</i> .....20	<i>aripiprazole</i> .....38	AUSTEDO .....46
	ARISTADA.....38	AUSTEDO XR .....46
	ARISTADA INITIO .....38	AUSTEDO XR TAB TITR KIT .....46
	ARIXTRA see <i>fondaparinux sodium</i>.....60	AUVELITY TAB 45-105MG.....35
	<i>armodafinil</i> .....47	AVALIDE see <i>irbesartan- hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i> .....29
	ARNUITY ELLIPTA.....71	see <i>irbesartan- hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i> .....29
	AROMASIN see <i>exemestane</i> .....21	AVAPRO see <i>irbesartan</i> .....30
	<i>asenapine maleate</i> .....38	<i>aviane</i> .....51
	<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>.....61	AVMAPKI PAK FAKZYNJA.....22
	ASTAGRAF XL.....63	AVODART
	ATACAND	

see <i>dutasteride</i>	59	<i>benazepril &</i>		BETAPACE	
<i>ayuna</i>	51	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		see <i>sotalol hcl</i>	30
AYVAKIT	22	20-12.5 mg.....	27	BETAPACE AF	
<i>azacitidine</i>	20	<i>benazepril &</i>		see <i>sotalol hcl (afib/af)</i>	30
AZACTAM		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		BETASERON.....	47
see <i>aztreonam</i>	13	20-25 mg.....	27	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	67
<i>azathioprine</i>	63	<i>benazepril &</i>		<i>bethanechol chloride</i>	59
<i>azelastine hcl</i>	69	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		BEVESPI AER 9-4.8MCG	
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	67	5-6.25mg.....	27	.....	68
AZILECT		<i>benazepril hcl</i>	28	<i>bexarotene</i>	21
see <i>rasagiline mesylate</i>		BENDAMUSTINE		<i>bexarotene (topical)</i>	74
.....	37	HYDROCHLORID	19	BEXSERO	64
<i>azithromycin</i>	18	BENDEKA	19	BIAXIN XL	
AZOPT		BENICAR		see <i>clarithromycin</i>	18
see <i>brinzolamide</i>	67	see <i>olmesartan</i>		<i>bicalutamide</i>	21
<i>aztreonam</i>	13	<i>medoxomil</i>	30	BICILLIN L-A.....	19
AZULFIDINE		BENICAR HCT		BIKTARVY TAB 30-120-15	
see <i>sulfasalazine</i>	58	see <i>olmesartan</i>		MG	16
AZULFIDINE EN-TABS		<i>medoxomil-</i>		BIKTARVY TAB 50-200-25	
see <i>sulfasalazine</i>	58	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		MG	16
<i>azurette</i>	51	20-12.5 mg	29	BILDYOS	51
B		see <i>olmesartan</i>		BIMZELX	61
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	67	<i>medoxomil-</i>		<i>bisoprolol &</i>	
<i>bacitracin-polymyxin b</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>ophth oint</i>	67	40-12.5 mg	29	10-6.25 mg	32
<i>bacitracin-polymyxin-</i>		see <i>olmesartan</i>		<i>bisoprolol &</i>	
<i>neomycin-hc ophth oint</i>		<i>medoxomil-</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
1%.....	66	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		2.5-6.25 mg	31
<i>baclofen</i>	47	40-25 mg	29	<i>bisoprolol &</i>	
BACTRIM		BENLYSTA.....	63	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
see <i>sulfamethoxazole-</i>		BENZAMYCIN		5-6.25 mg	31
<i>trimethoprim tab 400-</i>		see <i>benzoyl peroxide-</i>		<i>bisoprolol fumarate</i>	32
80 mg	14	<i>erythromycin gel 5-3%</i>		BIVIGAM.....	63
BACTRIM DS		.....	72	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	51
see <i>sulfamethoxazole-</i>		<i>benzoyl peroxide-</i>		BLUJEP A.....	13
<i>trimethoprim tab 800-</i>		<i>erythromycin gel 5-3%</i>	72	BONSITY	51
160 mg	14	<i>benztropine mesylate</i>	37	BOOSTRIX INJ.....	64
BAFIERTAM	46	BERINERT	60	<i>bortezomib</i>	22
<i>balsalazide disodium</i>	57	<i>besifloxacin hcl</i>	67	BORTEZOMIB	22
BALVERSA.....	22	BESIVANCE	67	<i>bosentan</i>	34
<i>balziva</i>	51	BESREMI	21	BOSULIF	22
BANZEL		<i>betaine powder for oral</i>		BRAFTOVI.....	22
see <i>rufinamide</i>	43	<i>solution</i>	54	BREO ELLIPTA INH 100-	
BARACLUDGE.....	17	<i>betamethasone</i>		25	71
see <i>entecavir</i>	17	<i>dipropionate (topical)</i> ...73		BREO ELLIPTA INH 200-	
BCG VACCINE	64	<i>betamethasone</i>		25	71
<i>benazepril &</i>		<i>dipropionate augmented</i>		BREO ELLIPTA INH 50-	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		.....	73	25MCG.....	71
10-12.5 mg.....	27	<i>betamethasone valerate</i> .73		<i>breyana</i>	71

BREZTRI AERO AER SPHERE .....68	<i>bupropion hcl (smoking deterrent) .....48</i>	<i>carbamazepine .....40</i>
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) .....68	<i>bupirone hcl .....34</i>	CARBATROL see <i>carbamazepine .....40</i>
<i>briellyn .....51</i>	<i>butorphanol tartrate .....12</i>	<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg .....37</i>
BRILINTA see <i>ticagrelor .....61</i>	BYSTOLIC see <i>nebivolol hcl .....32</i>	<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg .....37</i>
<i>brimonidine tartrate .....67</i>	C	<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg .....37</i>
<i>brinzolamide .....67</i>	<i>cabergoline .....55</i>	<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg .....37</i>
BRIVIACT .....40	CABOMETRYX .....22	<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg .....37</i>
<i>bromocriptine mesylate...37</i>	<i>calcipotriene .....73</i>	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 12.5- 50-200 mg .....37</i>
BRUKINSA .....22	<i>calcitonin (salmon) spray 51</i>	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 18.75- 75-200 mg .....37</i>
<i>budesonide .....57</i>	<i>calcitrene .....73</i>	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 25-100- 200 mg .....37</i>
<i>budesonide (inhalation) ..71</i>	<i>calcitriol .....56</i>	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 31.25- 125-200 mg .....37</i>
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act .....71</i>	<i>calcitriol (oral) .....56</i>	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 37.5- 150-200 mg .....37</i>
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act .....71</i>	CALQUENCE .....22	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 50-200- 200 mg .....37</i>
<i>bumetanide .....33</i>	<i>camila .....51</i>	<i>carboplatin .....20</i>
BUMEX see <i>bumetanide .....33</i>	CAMPTOSAR see <i>irinotecan hcl .....21</i>	CARDIZEM see <i>diltiazem hcl .....32</i>
BUPHENYL see <i>sodium phenylbutyrate .....55</i>	CANASA see <i>mesalamine .....57</i>	CARDIZEM CD see <i>cartia xt .....32</i>
<i>buprenorphine hcl .....47</i>	<i>candesartan cilexetil .....30</i>	see <i>diltiazem hcl coated beads .....32</i>
<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv) .....47</i>	CAPLYTA .....38	CARDURA see <i>doxazosin mesylate 28</i>
<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv) .....47</i>	CAPRELSA .....22	<i>carglumic acid .....55</i>
<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv) .....47</i>	<i>captopril .....28</i>	CARNITOR see <i>levocarnitine (metabolic modifiers) 55</i>
<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv) .....47</i>	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg .....27</i>	<i>carteolol hcl (ophth) .....67</i>
<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv) .....47</i>	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg .....27</i>	<i>cartia xt .....32</i>
<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv) .....48</i>	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg .....27</i>	<i>carvedilol .....32</i>
<i>bupropion hcl .....35</i>	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg .....27</i>	
	CARAFATE see <i>sucralfate .....58</i>	
	<i>carb/levo orally disintegrating tab 10- 100mg .....37</i>	
	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25- 100mg .....37</i>	
	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25- 250mg .....37</i>	
	CARBAGLU see <i>carglumic acid .....55</i>	

CASODEX			see <i>clindamycin hcl</i> .....13
see <i>bicalutamide</i>	21		see <i>clindamycin</i>
<i>caspofungin acetate</i>	14		<i>phosphate vaginal</i> ...59
CATAPRES-TTS-1			CLEOCIN PEDIATRIC
see <i>clonidine</i>	33		GRANULE
CATAPRES-TTS-2			see <i>clindamycin</i>
see <i>clonidine</i>	33		<i>palmitate hydrochloride</i>
CATAPRES-TTS-3			.....13
see <i>clonidine</i>	33		CLEOCIN PHOSPHATE
CAYSTON	13		see <i>clindamycin</i>
<i>cefaclor</i>	17		<i>phosphate</i>.....13
<i>cefadroxil</i>	17		CLEOCIN-T
CEFAZOLIN	17		see <i>clindamycin</i>
CEFAZOLIN INJ			<i>phosphate (topical)</i> ..72
1GM/50ML	17		CLIMARA
<i>cefazolin sodium</i>	17		see <i>estradiol</i>.....53
CEFAZOLIN SOLN			CLINDAGEL
2GM/100ML-4%	17		see <i>clindamycin</i>
CEFAZOLIN/DEX SOL			<i>phosphate (topical)</i> ..72
1GM/50ML-4%	17		<i>clindamycin hcl</i>
CEFAZOLIN/DEX SOL			13
2GM/50ML-3%	17		<i>clindamycin palmitate</i>
CEFAZOLIN/DEX SOL			<i>hydrochloride</i>.....13
3GM/150ML-4%	17		<i>clindamycin phosphate</i> ...13
CEFAZOLIN/DEX SOL			<i>clindamycin phosphate</i>
3GM/50ML-2%	17		(<i>topical</i>)
<i>cefdinir</i>	17		72
<i>cefepime hcl</i>	17		<i>clindamycin phosphate in</i>
<i>cefixime</i>	17		<i>d5w iv soln 300 mg/50ml</i>
CEFOTAN			.....13
see <i>cefotetan disodium</i>			<i>clindamycin phosphate in</i>
.....	18		<i>d5w iv soln 600 mg/50ml</i>
<i>cefotetan disodium</i>	18		.....13
<i>cefoxitin sodium</i>	18		<i>clindamycin phosphate in</i>
<i>cefpodoxime proxetil</i>	18		<i>d5w iv soln 900 mg/50ml</i>
<i>cefprozil</i>	18		.....13
<i>ceftazidime</i>	18		<i>clindamycin phosphate</i>
<i>ceftriaxone sodium</i>	18		<i>vaginal</i>.....59
<i>cefuroxime axetil</i>	18		<i>clindamycin phosph-</i>
<i>cefuroxime sodium</i>	18		<i>benzoyl peroxide (refrig)</i>
CELEBREX			<i>gel 1.2 (1)-5%</i>.....72
see <i>celecoxib</i>	11		CLINDMYC/NAC INJ
<i>celecoxib</i>	11		300/50ML
CELEXA			13
see <i>citalopram</i>			CLINDMYC/NAC INJ
<i>hydrobromide</i>	35		600/50ML
CELLCEPT			13
see <i>mycophenolate</i>			CLINDMYC/NAC INJ
<i>mofetil</i>	64		900/50ML
			13
			CLINIMIX INJ 4.25/D10 ..66
			CLINIMIX INJ 4.25/D5W ..66
			CLINIMIX INJ 5%/D15W ..66
			CLINIMIX INJ 5%/D20W ..66
CELONTIN			
see <i>methsuximide</i>	42		
<i>cephalexin</i>	18		
CEQUR SIMPL KIT PATCH			
2U (3-DAY).....	50		
CEQUR SIMPL KIT PATCH			
2U (4-DAY).....	50		
CEQUR SIMPL MIS			
INSERTER.....	50		
CERDELGA	55		
CEREZYME.....	55		
<i>cetirizine hcl</i>	69		
CHANTIX			
see <i>varenicline tartrate</i>	48		
<i>chateal eq</i>	51		
CHEMET	51		
<i>chlorhexidine gluconate</i>			
(<i>mouth-throat</i>)	75		
<i>chloroquine phosphate</i> ...	15		
<i>chlorpromazine hcl</i>	38		
<i>chlorthalidone</i>	33		
<i>cholestyramine</i>	31		
<i>cholestyramine light</i>	31		
CIALIS			
see <i>tadalafil</i>	59		
<i>ciclopirox</i>	72		
<i>ciclopirox olamine</i>	72		
<i>cilostazol</i>	60		
CILOXAN.....	67		
CIMDUO TAB 300-300 ...	16		
<i>cinacalcet hcl</i>	55		
CIPRO			
see <i>ciprofloxacin hcl</i>	18		
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml</i>			
<i>in d5w</i>	18		
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml</i>			
<i>in d5w</i>	18		
<i>ciprofloxacin hcl</i>	18		
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ..	67		
<i>ciprofloxacin-</i>			
<i>dexamethasone otic susp</i>			
0.3-0.1%.....	68		
<i>cisplatin</i>	20		
CISPLATIN			
see <i>cisplatin</i>	20		
<i>citalopram hydrobromide</i>	35		
<i>claravis</i>	72		
<i>clarithromycin</i>	18		
CLEOCIN			

CLINIMIX INJ 6/5.....	66	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	68	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	47
CLINIMIX INJ 8/10.....	66	COMBIVENT AER 20-100	68	<i>cyclophosphamide</i>	20
CLINIMIX INJ 8/14.....	66	COMETRIQ (60MG DOSE)	22	CYCLOPHOSPHAMIDE .20	
<i>clinisol sf 15%</i>	66	COMETRIQ KIT 100MG .22		CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR.....	20
CLINOLIPID EMU 20%...66		COMETRIQ KIT 140MG .22		<i>cycloserine</i>	16
<i>clobazam</i>	40, 41	COMPLERA see <i>emtricitabine-</i> <i>rilpivirine-tenofovir df</i> <i>tab 200-25-300 mg</i> ..	16	<i>cyclosporine</i>	63
<i>clobetasol propionate</i>	73	<i>compro</i>	56	<i>cyclosporine modified (for</i> <i>microemulsion)</i>	63
<i>clobetasol propionate e</i> ...73		<i>constulose</i>	58	CYKLOKAPRON see <i>tranexamic acid</i> ...	61
CLOBEX see <i>clobetasol</i> <i>propionate</i>	73	COPAXONE	47	<i>cyproheptadine hcl</i>	69
see <i>clodan</i>	73	see <i>glatiramer acetate</i> .47		<i>cyred eq</i>	51
<i>clodan</i>	73	see <i>glatopa</i>	47	CYSTADANE see <i>betaine powder for</i> <i>oral solution</i>	54
<i>clomipramine hcl</i>	36	COPIKTRA	22	CYSTADROPS	68
<i>clonazepam</i>	41	COREG see <i>carvedilol</i>	32	CYSTAGON.....	55
<i>clonidine</i>	33	CORLANOR	33	CYSTARAN	68
<i>clonidine hcl</i>	33	see <i>ivabradine hcl</i>	34	<i>cytarabine</i>	20
<i>clopidogrel bisulfate</i>	61	CORTEF see <i>hydrocortisone</i>	54	CYTOMEL see <i>liomny</i>	56
<i>clorazepate dipotassium</i> .41		CORTENEMA see <i>hydrocortisone</i> <i>(intrarectal)</i>	57	see <i>liothyronine sodium</i>	56
<i>clotrimazole</i>	75	COSOPT see <i>dorzolamide hcl-</i> <i>timolol maleate ophth</i> <i>soln 2-0.5%</i>	68	CYTOTEC see <i>misoprostol</i>	58
<i>clotrimazole (topical)</i>	72	COTELLIC	23	D	
<i>clotrimazole w/</i> <i>betamethasone cream 1-</i> <i>0.05%</i>	72	COZAAR see <i>losartan potassium</i>	30	D10W/NACL INJ 0.2%...65	
<i>clozapine</i>	38	CREON CAP 12000UNT 58		D10W/NACL INJ 0.45%..65	
CLOZARIL see <i>clozapine</i>	38	CREON CAP 24000UNT 58		D2.5W/NACL INJ 0.45%.65	
COARTEM TAB 20-120MG	15	CREON CAP 3000UNIT .58		D5W/NACL INJ 0.2%.....65	
COBENFY CAP 100-20MG	38	CREON CAP 36000UNT 58		D5W/NACL INJ 0.45%...65	
COBENFY CAP 125-30MG	38	CRESEMBA.....	14	<i>dabigatran etexilate</i> <i>mesylate</i>	60
COBENFY CAP 50-20MG	38	CRESTOR see <i>rosuvastatin calcium</i>	31	<i>dalfampridine</i>	47
COBENFY STRT CAP PACK	38	cromolyn sodium.....	70	DALIRESP see <i>roflumilast</i>	70
<i>colchicine</i>	11	cromolyn sodium <i>(mastocytosis)</i>	58	<i>danazol</i>	48
<i>colchicine w/ probenecid</i> <i>tab 0.5-500 mg</i>	11	<i>cromolyn sodium (ophth)</i> 67		DANTRIUM see <i>dantrolene sodium</i> 47	
<i>colesevelam hcl</i>	31	<i>cryselle</i>	51	<i>dantrolene sodium</i>	47
COLESTID see <i>colestipol hcl</i>	31			DANZITEN.....	23
<i>colestipol hcl</i>	31			<i>dapagliflozin propanediol</i> 48	
<i>colistimethate sodium</i>	13			<i>dapsone</i>	13
COLY-MYCIN M see <i>colistimethate</i> <i>sodium</i>	13			DAPTACEL INJ	64
				<i>daptomycin</i>	13
				DAPTOMYCIN.....	13
				see <i>daptomycin</i>	13
				DARAPRIM	

see <i>pyrimethamine</i>	14	DESCOVY TAB 120-15MG	.....	16	see <i>dextrose 5% w/</i>			
<i>darunavir</i>	15	.....		16	<i>sodium chloride 0.45%</i>			
<i>dasatinib</i>	23	DESCOVY TAB 200/25MG	.....	16	.....	65		
<i>dasetta 1/35</i>	51	.....		16	see <i>dextrose 5% w/</i>			
<i>dasetta 7/7/7</i>	51	<i>desipramine hcl</i>		36	<i>sodium chloride 0.9%</i>			
DAURISMO.....	23	<i>desmopressin acetate</i>		55	.....	65		
DAYVIGO.....	45	<i>desmopressin acetate</i>			DEXTROSE 70%.....	66		
DDAVP		<i>spray</i>		55	DEXTROSE/SODIUM			
see <i>desmopressin</i>		<i>desmopressin acetate</i>			CHLORIDE			
<i>acetate</i>	55	<i>spray refrigerated</i>		55	see <i>dextrose 5% w/</i>			
<i>deblitane</i>	51	<i>desogest-eth estrad & eth</i>			<i>sodium chloride</i>			
<i>deferasirox</i>	51	<i>estrad tab 0.15-0.02/0.01</i>			0.225%.....	65		
DELESTROGEN		<i>mg(21/5)</i>		52	DIACOMIT.....	41		
see <i>estradiol valerate</i> ..	54	<i>desvenlafaxine succinate</i>		36	<i>diazepam</i>	41		
DELSTRIGO TAB.....	16	<i>dexamethasone</i>		54	<i>diazepam (anticonvulsant)</i>			
DENGVAXIA SUS.....	64	DEXAMETHASONE			.....	41		
DEPAKOTE		INTENSOL.....		54	<i>diazepam inj</i>	41		
see <i>divalproex sodium</i>	41	<i>dexamethasone sodium</i>			<i>diazepam intensol</i>	41		
DEPAKOTE ER		<i>phosphate</i>		54	<i>diazoxide</i>	54		
see <i>divalproex sodium</i>	41	<i>dexamethasone sodium</i>			<i>diclofenac potassium</i>	11		
DEPAKOTE SPRINKLES		<i>phosphate (ophth)</i>		67	<i>diclofenac sodium</i>	11		
see <i>divalproex sodium</i>	41	<i>dexmethylphenidate hcl</i> ..		45	<i>diclofenac sodium (ophth)</i>			
DEPEN TITRATABS		<i>dextrose</i>		66	.....	67		
see <i>penicillamine</i>	51	DEXTROSE 10%.....		66	<i>diclofenac sodium (topical)</i>			
DEPO-MEDROL		see <i>dextrose</i>		66	.....	74		
see <i>methylprednisolone</i>		<i>dextrose 2.5% w/ sodium</i>			<i>dicloxacillin sodium</i>	19		
<i>acetate</i>	54	<i>chloride 0.45%</i>		65	<i>dicyclomine hcl</i>	57		
DEPO-PROVERA		DEXTROSE 2.5%/SODIUM			DIFICID.....	18		
CONTRACEPTIV		CHLO			see <i>fidaxomicin</i>	18		
see		see <i>dextrose 2.5% w/</i>			DIFLUCAN			
<i>medroxyprogesterone</i>		<i>sodium chloride 0.45%</i>			see <i>fluconazole</i>	14		
<i>acetate (contraceptive)</i>		.....		65	<i>diflunisal</i>	11		
.....	52	DEXTROSE 5%			<i>digoxin</i>	33		
DEPO-SUBQ PROVERA		see <i>dextrose</i>		66	<i>dihydroergotamine</i>			
104.....	52	<i>dextrose 5% in lactated</i>			<i>mesylate</i>	46		
<i>depo-testosterone</i>	48	<i>ringers</i>		65	DILANTIN.....	41		
DERMA-SMOOTH/FS		<i>dextrose 5% w/ sodium</i>			see <i>phenytoin sodium</i>			
BODY		<i>chloride 0.225%</i>		65	<i>extended</i>	43		
see <i>fluocinolone</i>		<i>dextrose 5% w/ sodium</i>			DILANTIN INFATABS			
<i>acetonide</i>	73	<i>chloride 0.3%</i>		65	see <i>phenytoin</i>	43		
DERMA-SMOOTH/FS		<i>dextrose 5% w/ sodium</i>			DILANTIN-125			
SCALP		<i>chloride 0.45%</i>		65	see <i>phenytoin</i>	43		
see <i>fluocinolone</i>		<i>dextrose 5% w/ sodium</i>			DILAUDID			
<i>acetonide</i>	73	<i>chloride 0.9%</i>		65	see <i>hydromorphone hcl</i>			
DERMOTIC		DEXTROSE 5%/SODIUM			.....	12		
see <i>flac</i>	68	CHLORI			<i>diltiazem hcl</i>	32		
see <i>fluocinolone</i>		see <i>dextrose 5% w/</i>			<i>diltiazem hcl coated beads</i>			
<i>acetonide (otic)</i>	68	<i>sodium chloride 0.3%</i>			.....	32		
		.....		65				

<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	32	<i>doxepin hcl (sleep)</i>	45	<i>see prasugrel hcl</i>	61
<i>dilt-xr</i>	32	DOXIL		ELIGARD.....	21
DIOVAN		<i>see doxorubicin hcl liposomal</i>	21	<i>elinest</i>	52
<i>see valsartan</i>	30	<i>doxorubicin hcl</i>	21	ELIQUIS.....	60
DIOVAN HCT		<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	21	ELIQUIS (1.5MG PACK) 3 X.....	60
<i>see valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	29	DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE		ELIQUIS (2MG PACK) 4 X.....	60
<i>see valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	30	<i>see doxorubicin hcl</i>	21	ELIQUIS STARTER PACK.....	60
<i>see valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	30	<i>doxy 100</i>	19	<i>eluryng</i>	52
<i>see valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	30	<i>doxycycline (monohydrate)</i>	19	EMEND BIPACK	
<i>see valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	29	<i>doxycycline hyclate</i>	19	<i>see aprepitant</i>	56
<i>diphenhydramine hcl</i>	69	DRIZALMA SPRINKLE...36		EMGALITY.....	46
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	58	<i>dronabinol</i>	56	EMSAM.....	36
DIPROLENE		<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	52	<i>emtricitabine</i>	15
<i>see betamethasone dipropionate augmented</i>	73	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	52	<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir df tab 200-25-300 mg</i>	16
<i>dipyridamole</i>	61	DROXIA.....	60	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	16
<i>disopyramide phosphate</i>	30	<i>droxidopa</i>	33	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	16
<i>disulfiram</i>	48	DULERA AER 100-5MCG.....	71	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	16
<i>divalproex sodium</i>	41	DULERA AER 200-5MCG.....	71	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	16
<i>docetaxel</i>	22	DULERA AER 50-5MCG.....	71	EMTRIVA.....	15
DOCETAXEL.....	22	<i>duloxetine hcl</i>	36	<i>see emtricitabine</i>	15
<i>see docetaxel</i>	22	DUPIXENT.....	61	EMVERM.....	13
DOCIVYX.....	22	<i>dutasteride</i>	59	<i>emzahh</i>	52
<i>dofetilide</i>	30	<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	59	<i>enalapril maleate</i>	28
<i>donepezil hydrochloride</i>	35	E		<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	28
DOPTELET.....	60	<i>e.e.s. 400</i>	18	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	27
DOPTELET SPRINKLE...60		<i>econazole nitrate</i>	72	ENBREL.....	61
<i>dorzolamide hcl</i>	68	EDURANT.....	15	ENBREL MINI.....	61
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%</i>	68	EDURANT PED.....	15	ENBREL SURECLICK...61	
<i>dotti</i>	53	<i>efavirenz</i>	15	ENDARI	
DOVATO TAB 50-300MG.....	16	<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	16	<i>see l-glutamine (sickle cell)</i>	61
<i>doxazosin mesylate</i>	28	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	16	<i>endocet tab 10-325mg</i>	12
<i>doxepin hcl</i>	36	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	16		
		EFFEXOR XR			
		<i>see venlafaxine hcl</i>	37		
		EFFIENT			

<i>endocet tab 2.5-325mg</i> ...	12	<i>ery</i>	72	<i>see rivastigmine</i>	35
<i>endocet tab 5-325mg</i>	12	ERYTHROCIN		<i>exemestane</i>	21
<i>endocet tab 7.5-325mg</i> ...	12	LACTOBIONATE	18	EXFORGE	
ENGERIX-B.....	64	<i>see erythromycin</i>		<i>see amlodipine besylate-</i>	
<i>enilloring</i>	52	<i>lactobionate</i>	18	<i>valsartan tab 10-160</i>	
<i>enoxaparin sodium</i>	60	<i>erythromycin (acne aid)</i> ..	72	<i>mg</i>	29
ENSACOVE.....	23	<i>erythromycin (ophth)</i>	67	<i>see amlodipine besylate-</i>	
<i>enskyce</i>	52	<i>erythromycin base</i>	18	<i>valsartan tab 10-320</i>	
ENSTILAR AER.....	73	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>		<i>mg</i>	29
<i>entacapone</i>	37	.....	18	<i>see amlodipine besylate-</i>	
<i>entecavir</i>	17	<i>erythromycin lactobionate</i>		<i>valsartan tab 5-160 mg</i>	
ENTRESTO		.....	18	.....	29
<i>see sacubitril-valsartan</i>		ERZOFRI.....	38	<i>see amlodipine besylate-</i>	
<i>tab 24-26 mg</i>	29	ESBRIET		<i>valsartan tab 5-320 mg</i>	
<i>see sacubitril-valsartan</i>		<i>see pirfenidone</i>	70	.....	29
<i>tab 49-51 mg</i>	29	<i>escitalopram oxalate</i>	36	EXJADE	
<i>see sacubitril-valsartan</i>		<i>eslicarbazepine acetate</i> ..	41	<i>see deferasirox</i>	51
<i>tab 97-103 mg</i>	29	<i>esomeprazole magnesium</i>		EXXUA	36
ENTRESTO CAP 15-16MG		.....	58	EXXUA TITRATION PACK	
.....	29	<i>estarylla</i>	52	.....	36
ENTRESTO CAP 6-6MG	29	ESTRACE		EYSUVIS	68
<i>enulose</i>	58	<i>see estradiol vaginal</i> ...	54	<i>ezetimibe</i>	31
EPCLUSA PAK 150-37.5	17	<i>estradiol</i>	53	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>	
EPCLUSA PAK 200-50MG		<i>estradiol & norethindrone</i>		<i>10-10 mg</i>	31
.....	17	<i>acetate tab 0.5-0.1 mg</i> 53		<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>	
EPCLUSA TAB 200-50MG		<i>estradiol & norethindrone</i>		<i>10-20 mg</i>	31
.....	17	<i>acetate tab 1-0.5 mg</i> ...	54	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>	
EPCLUSA TAB 400-100	17	<i>estradiol vaginal</i>	54	<i>10-40 mg</i>	31
EPIDIOLEX.....	41	<i>estradiol valerate</i>	54	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>		<i>ethambutol hcl</i>	16	<i>10-80 mg</i>	31
.....	33, 70	<i>ethosuximide</i>	41	F	
EPIPEN 2-PAK		<i>ethynodiol diacetate &</i>		FABRAZYME.....	55
<i>see epinephrine</i>		<i>ethinyl estradiol tab 1</i>		<i>falmina</i>	52
<i>(anaphylaxis)</i>	70	<i>mg-50 mcg</i>	52	<i>famciclovir</i>	17
EPIPEN-JR 2-PAK		<i>etodolac</i>	11	<i>famotidine</i>	57
<i>see epinephrine</i>		<i>etonogestrel-ethinyl</i>		<i>famotidine in nacl 0.9% iv</i>	
<i>(anaphylaxis)</i>	70	<i>estradiol va ring 0.12-</i>		<i>soln 20 mg/50ml</i>	57
EPIVIR		<i>0.015 mg/24hr</i>	52	FANAPT	38
<i>see lamivudine</i>	15	<i>etoposide</i>	22	FANAPT PAK PACK A ...	38
<i>eplerenone</i>	28	<i>etravirine</i>	15	FANAPT PAK PACK B ...	38
EPRONTIA		EUCRISA.....	74	FANAPT PAK PACK C ...	38
<i>see topiramate</i>	43	EULEXIN	21	FARESTON	
<i>ergotamine w/ caffeine tab</i>		<i>everolimus</i>	23	<i>see toremifene citrate</i> ..	21
<i>1-100 mg</i>	46	<i>everolimus</i>		FARXIGA.....	48
ERIVEDGE	23	<i>(immunosuppressant)</i> .	64	FASENRA.....	70
ERLEADA.....	21	EVISTA		FASENRA PEN	70
<i>erlotinib hcl</i>	23	<i>see raloxifene hcl</i>	55	FASLODEX	
<i>errin</i>	52	EVOTAZ TAB 300-150 ...	16	<i>see fulvestrant</i>	21
<i>ertapenem sodium</i>	13	EXELON		<i>feirza 1.5/30</i>	52

<i>feirza 1/20</i>	52	<i>flurbiprofen</i>	11	G
<i>felbamate</i>	41	<i>flurbiprofen sodium</i>	67	<i>gabapentin</i>
FELBATOL		<i>fluticasone propionate</i>	74	<i>galantamine hydrobromide</i>
<i>see felbamate</i>	41	<i>fluticasone propionate</i>		.....
<i>felodipine</i>	32	(<i>nasal</i>).....	71	.....
FEMARA		<i>fluticasone-salmeterol aer</i>		<i>gallifrey</i>
<i>see letrozole</i>	21	<i>powder ba 100-50</i>		GAMASTAN INJ.....
<i>fenofibrate</i>	30	<i>mcg/act</i>	71	GAMMAGARD LIQUID...63
<i>fenofibrate micronized</i>	30	<i>fluticasone-salmeterol aer</i>		GAMMAGARD S/D IGA
<i>fentanyl</i>	11	<i>powder ba 250-50</i>		LESS TH.....
FETZIMA.....	36	<i>mcg/act</i>	71	GAMMAKED.....
FETZIMA CAP TITRATIO		<i>fluticasone-salmeterol aer</i>		GAMMAPLEX.....
.....	36	<i>powder ba 500-50</i>		GAMUNEX-C.....
FIASP.....	50	<i>mcg/act</i>	71	<i>ganciclovir sodium</i>
FIASP FLEXTOUCH.....	50	<i>fluvoxamine maleate</i>	34	GARDASIL 9.....
FIASP PENFILL.....	50	FML LIQUIFILM		GASTROCROM
FIASP PUMPCART.....	50	<i>see fluorometholone</i>		<i>see cromolyn sodium</i>
<i>fidaxomicin</i>	18	(<i>ophth</i>).....	67	(<i>mastocytosis</i>).....
<i>finasteride</i>	59	FOCALIN		<i>gatifloxacin (ophth)</i>
<i>finngolimod hcl</i>	47	<i>see dexmethylphenidate</i>		GATTEX.....
FINTEPLA.....	41	<i>hcl</i>	45	GAUZE PADS 2.....
FIRAZYR		<i>fondaparinux sodium</i>	60	<i>gavilyte-c</i>
<i>see icatibant acetate</i> ...61		FORTEO		<i>gavilyte-g</i>
<i>see sajazir</i>	61	<i>see teriparatide</i>	51	<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>
FIRMAGON.....	21	FOSAMAX		GAVRETO.....
<i>flac</i>	68	<i>see alendronate sodium</i>		<i>gefitinib</i>
FLEBOGAMMA DIF.....	63	.....	51	<i>gemcitabine hcl</i>
<i>flecainide acetate</i>	30	<i>fosamprenavir calcium</i> ...15		GEMCITABINE
<i>fluconazole</i>	14	<i>fosfomycin tromethamine</i> 13		HYDROCHLORIDE
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>		<i>fosinopril sodium</i>	28	<i>see gemcitabine hcl</i> ...20
200 mg/100ml.....	14	<i>fosinopril sodium &</i>		<i>gemfibrozil</i>
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		GEMTESA.....
400 mg/200ml.....	14	10-12.5 mg.....	28	<i>generlac</i>
<i>flucytosine</i>	14	<i>fosinopril sodium &</i>		<i>gengraf</i>
<i>fludrocortisone acetate</i> ...54		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		GENOTROPIN.....
<i>flunisolide (nasal)</i>	71	20-12.5 mg.....	28	GENOTROPIN MINIQUICK
<i>fluocinolone acetonide</i> ...73,		FOTIVDA.....	23	.....
74		FRINDOVYX.....	20	<i>gentamicin in saline inj 0.8</i>
<i>fluocinolone acetonide</i>		FRUZAQLA.....	23	<i>mg/ml</i>
(<i>otic</i>).....	68	FULPHILA.....	60	<i>gentamicin in saline inj 1</i>
<i>fluocinonide</i>	74	<i>fulvestrant</i>	21	<i>mg/ml</i>
<i>fluocinonide emulsified</i>		<i>furosemide</i>	33	<i>gentamicin in saline inj 1.2</i>
<i>base</i>	74	<i>furosemide inj</i>	33	<i>mg/ml</i>
<i>fluorometholone (ophth)</i> ..67		<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>		<i>gentamicin in saline inj 1.6</i>
<i>fluorouracil</i>	20	.....	54	<i>mg/ml</i>
<i>fluorouracil (topical)</i>	74	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	54	<i>gentamicin in saline inj 2</i>
<i>fluoxetine hcl</i>	36	FYCOMPA.....	41	<i>mg/ml</i>
<i>fluphenazine decanoate</i> ..38		<i>see perampanel</i>	42	<i>gentamicin sulfate</i>
<i>fluphenazine hcl</i>	38			<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>
			
			

<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	<i>halobetasol propionate</i> ...74	<i>hydrocodone-</i>
.....72	<i>haloette</i>.....52	<i>acetaminophen tab 7.5-</i>
GENVOYA TAB.....16	<i>haloperidol</i>.....38	<i>325 mg</i>.....12
GEODON	<i>haloperidol decanoate</i> ...38	<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i>
see <i>ziprasidone hcl</i> ....40	<i>haloperidol lactate</i>.....38	<i>7.5-200 mg</i>.....12
see <i>ziprasidone mesylate</i>	HAVRIX.....64	<i>hydrocortisone</i>.....54
.....40	<i>heather</i>.....52	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>
GILENYA	HEP SOD/NACL INJ	.....57
see <i> fingolimod hcl</i> .....47	25000UNT.....60	<i>hydrocortisone (rectal)</i> ....74
GILOTRIF.....23	<i>heparin sodium (porcine)</i> 60	<i>hydrocortisone (topical)</i> ..74
<i>glatiramer acetate</i>.....47	HEPLISAV-B.....64	<i>hydrocortisone sod</i>
<i>glatopa</i>.....47	HERCEP HYLEC SOL 60-	<i>succinate</i>.....54
GLEEVEC	10000.....23	<i>hydrocortisone valerate</i> ..74
see <i> imatinib mesylate</i> ..23	HERCEPTIN.....23	<i>hydrocortisone w/ acetic</i>
GLEOSTINE.....20	HERCESSI.....23	<i>acid otic soln 1-2%</i>.....68
see <i> lomustine</i>.....20	HERNEXEOS.....23	<i>hydromorphone hcl</i>.....12
<i>glimepiride</i>.....48	HERZUMA.....23	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>
<i>glipizide</i>.....48	HETLIOZ	.....63
<i>glipizide-metformin hcl tab</i>	see <i> tasimelteon</i>.....45	<i>hydroxyurea</i>.....21
2.5-250 mg.....48	HIBERIX.....64	<i>hydroxyzine hcl</i>.....69
<i>glipizide-metformin hcl tab</i>	HIPREX	<i>hydroxyzine pamoate</i>.....69
2.5-500 mg.....48	see <i> methenamine</i>	HYZAAR
<i>glipizide-metformin hcl tab</i>	<i>hippurate</i>.....13	see <i> losartan potassium &</i>
5-500 mg.....48	HUMIRA.....61, 62	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
GLUCOTROL XL	HUMIRA PEN.....62	100-12.5 mg.....29
see <i> glipizide</i>.....48	HUMIRA PEN KIT PS/UV	see <i> losartan potassium &</i>
<i>glycopyrrolate</i>.....57	.....62	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>glydo</i>.....74	HUMIRA PEN-CD/UC/HS	100-25 mg.....29
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	START.....62	see <i> losartan potassium &</i>
.....48	HUMULIN R U-500	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	(CONCENTR.....50	50-12.5 mg.....29
.....48	HUMULIN R U-500	
GOLYTELY	KWIKPEN.....50	I
see <i> gavilyte-g</i>.....58	<i>hydralazine hcl</i>.....33, 34	<i>ibandronate sodium</i>.....51
see <i> peg 3350-kcl-na</i>	HYDREA	IBRANCE.....23
<i>bicarb-nacl-na sulfate</i>	see <i> hydroxyurea</i>.....21	IBTROZI.....23
<i>for soln 236 gm</i>.....58	<i>hydrochlorothiazide</i>.....33	<i>ibu</i>.....11
GOMEKLI.....23	<i>hydrocodone bitartrate</i> ....11	<i>ibuprofen</i>.....11
<i>granisetron hcl</i>.....56	<i>hydrocodone-</i>	<i>icatibant acetate</i>.....61
<i>griseofulvin microsize</i> ....14	<i>acetaminophen soln 7.5-</i>	<i>iclevia</i>.....52
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	325 mg/15ml.....12	ICLUSIG.....23
.....14	<i>hydrocodone-</i>	IDHIFA.....23
<i>guanfacine hcl</i>.....33	<i>acetaminophen tab 10-</i>	<i>imatinib mesylate</i>.....23
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> ....45	325 mg.....12	IMBRUVICA.....23
H	<i>hydrocodone-</i>	<i>imipenem-cilastatin</i>
HADLIMA.....61	<i>acetaminophen tab 5-325</i>	<i>intravenous for soln 250</i>
HADLIMA PUSHTOUCH 61	mg.....12	mg.....13
HAEGARDA.....61		<i>imipenem-cilastatin</i>
<i>hailey 1.5/30</i>.....52		<i>intravenous for soln 500</i>
		mg.....13

<i>imipramine hcl</i>	36	<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	68	<i>jasmiel</i>	52
<i>imiquimod</i>	74	.....	68	<i>javygtor</i>	55
IMITREX		<i>ipratropium-albuterol nebu</i>	68	JAYPIRCA	24
<i>see sumatriptan</i>		<i>soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	68	JENTADUETO TAB 2.5-	
<i>succinate</i>	46	<i>irbesartan</i>	30	1000	49
IMITREX STATDOSE		<i>irbesartan-</i>		JENTADUETO TAB 2.5-	
SYSTEM		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		500	49
<i>see sumatriptan</i>		150-12.5 mg	29	JENTADUETO TAB 2.5-	
<i>succinate</i>	46	<i>irbesartan-</i>		850	49
IMKELDI	24	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		JENTADUETO TAB XR	
IMOVAX RABIES		300-12.5 mg	29	2.5-1000MG	49
(H.D.C.V.)	64	IRESSA		JENTADUETO TAB XR 5-	
IMPAVIDO	13	<i>see gefitinib</i>	23	1000MG	49
IMURAN		<i>irinotecan hcl</i>	21	<i>jinteli</i>	54
<i>see azathioprine</i>	63	ISENTRESS	15	<i>jolessa</i>	52
INBRIJA	37	ISENTRESS HD	15	<i>juleber</i>	52
<i>incassia</i>	52	<i>isibloom</i>	52	JULUCA TAB 50-25MG ..	16
INCRELEX.....	55	ISOLYTE-P INJ /D5W.....	65	<i>junel 1.5/30</i>	52
INCRUSE ELLIPTA	68	ISOLYTE-S INJ PH 7.4...65		<i>junel 1/20</i>	52
<i>indapamide</i>	33	<i>isoniazid</i>	16	<i>junel fe 1.5/30</i>	52
INDERAL LA		<i>isosorbide dinitrate</i>	34	<i>junel fe 1/20</i>	52
<i>see propranolol hcl</i>	32	<i>isosorbide mononitrate</i> ...	34	JYLAMVO	63
INFANRIX INJ	64	<i>isotretinoin</i>	72	JYNARQUE	
INFLIXIMAB.....	62	ITOVEBI	24	<i>see tolvaptan</i>	55
INLURIYO.....	21	<i>itraconazole</i>	15	JYNNEOS.....	64
INLYTA.....	24	<i>ivabradine hcl</i>	34	K	
INQOVI TAB 35-100MG .20		<i>ivermectin</i>	13	KADCYLA.....	24
INREBIC	24	IWILFIN	21	KALETRA	
INSULIN PEN NEEDLES:		IXIARO INJ	64	<i>see lopinavir-ritonavir tab</i>	
EMBECTA-BD.....	50	J		100-25 mg	16
INSULIN SAFETY		JADENU		<i>see lopinavir-ritonavir tab</i>	
NEEDLES: EMBECTA-		<i>see deferasirox</i>	51	200-50 mg	16
BD	50	JAKAFI	24	KALETRA SOL	16
INSULIN SYRINGES:		JALYN		KALYDECO	70
EMBECTA-BD.....	50	<i>see dutasteride-</i>		KANJINTI.....	24
INTELENCE	15	<i>tamsulosin hcl cap 0.5-</i>		<i>kariva</i>	52
<i>see etravirine</i>	15	0.4 mg	59	KCL 0.075%/D5W/NACL	
INTRALIPID	66	<i>jantoven</i>	60	0.45%	
<i>introvale</i>	52	JANUMET TAB 50-1000.48		<i>see kcl 10 meq/l</i>	
INTUNIV		JANUMET TAB 50-500MG		(0.075%) in dextrose	
<i>see guanfacine hcl</i>		.....	48	5% & nacl 0.45% inj.65	
(<i>adhd</i>)	45	JANUMET XR TAB 100-		KCL 0.3%/D5W/NACL	
INVEGA		1000	48	0.45%	
<i>see paliperidone</i>	39	JANUMET XR TAB 50-		<i>see kcl 40 meq/l (0.3%)</i>	
INVEGA HAFYERA	39	1000	48	in dextrose 5% & nacl	
INVEGA SUSTENNA.....	39	JANUMET XR TAB 50-		0.45% inj.....	65
INVEGA TRINZA	39	500MG	48	KCL 0.3%/D5W/NACL	
IPOL INJ INACTIVE.....	64	JANUVIA	48	0.9%	
<i>ipratropium bromide</i>	68	JARDIANCE	49		

see <i>kcl 40 meq/l (0.3%)</i> <i>in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.9% inj</i>.....65	KEYTRUDA .....24	<i>lacosamide</i>.....42
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i> .....65	KEYTRUDA INJ QLEX 395-4800 MG- UNIT/2.4ML.....24	<i>lacosamide oral</i>.....42
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in</i> <i>nacl 0.45% inj</i>.....65	KEYTRUDA INJ QLEX 790-9600 MG- UNIT/4.8ML.....24	LACTATED RIN INJ .....65
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in</i> <i>nacl 0.9% inj</i>.....65	KINERET .....62	<i>lactated ringer's solution</i> .65
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i> .....65	KINRIX INJ .....64	<i>lactic acid (ammonium</i> <i>lactate)</i> .....74
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl 0.9%</i> <i>inj</i> .....65	<i>kionex</i> .....51	<i>lactulose</i> .....58
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i> <i>0.45% inj</i> .....65	KISQALI 200 DOSE.....24	<i>lactulose (encephalopathy)</i> .....58
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i> <i>0.9% inj</i> .....65	KISQALI 400 DOSE.....24	LAMICTAL
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i> .....65	KISQALI 400 PAK FEMARA .....24	see <i>lamotrigine</i>.....42
<i>kcl 40 meq/l (0.298%) in</i> <i>nacl 0.9% inj</i>.....65	KISQALI 600 DOSE.....24	see <i>subvenite</i>.....43
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i> .....65	KISQALI 600 PAK FEMARA .....24	LAMICTAL CHEWABLE DISPERS
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl 0.9%</i> <i>inj</i> .....65	KITABIS PAK see <i>tobramycin</i>.....14	see <i>lamotrigine</i>.....42
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl</i> <i>0.9% inj</i> .....65	KLARON see <i>sulfacetamide</i> <i>sodium (acne)</i>.....72	LAMICTAL XR
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl 0.9%</i> <i>inj</i> .....65	<i>klayesta</i> .....72	see <i>lamotrigine</i>.....42
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl</i> <i>0.9% inj</i> .....65	KLONOPIN see <i>clonazepam</i> .....41	<i>lamivudine</i>.....15
KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2 .....65	<i>klor-con</i>.....66	<i>lamivudine (hbv)</i> .....17
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....65	<i>klor-con 10</i>.....66	<i>lamivudine-zidovudine tab</i> 150-300 mg.....16
<i>kelnor 1/35</i>.....52	KLOR-CON 10.....66	<i>lamotrigine</i> .....42
KEPPRA	KLOR-CON 8.....66	LANOXIN
see <i>levetiracetam</i> .....42	see <i>potassium chloride</i> 66	see <i>digoxin</i> .....33
see <i>roweepra</i> .....43	<i>klor-con m10</i>.....66	<i>lanreotide acetate</i> .....55
KEPPRA XR	<i>klor-con m15</i>.....66	<i>lansoprazole</i> .....59
see <i>levetiracetam</i> .....42	<i>klor-con m20</i>.....66	LANTUS .....50
KERENDIA .....28	KLOXXADO .....48	LANTUS SOLOSTAR.....50
KESIMPTA .....47	KOMZIFTI .....24	<i>lapatinib ditosylate</i> .....24
<i>ketoconazole</i> .....15	KORLYM see <i>mifepristone</i> (<i>hyperglycemia</i>) .....55	<i>larin 1.5/30</i>.....52
<i>ketoconazole (topical)</i>.....72	KOSELUGO.....24	<i>larin 1/20</i>.....52
<i>ketorolac tromethamine</i> (<i>ophth</i>).....67	<i>kourzeq</i>.....75	<i>larin fe 1.5/30</i>.....52
	KRAZATI .....24	<i>larin fe 1/20</i>.....52
	<i>kurvelo</i> .....52	LASIX
	KUVAN see <i>javygtor</i>.....55	see <i>furosemide</i>.....33
	see <i>sapropterin</i> <i>dihydrochloride</i> .....55	<i>latanoprost</i>.....68
	see <i>zelvysia</i>.....56	LATUDA
	L	see <i>lurasidone hcl</i> .....39
	<i>labetalol hcl</i>.....32	LAZCLUZE .....24
		<i>leflunomide</i> .....63
		<i>lenalidomide</i>.....21
		LENVIMA 10 MG DAILY DOSE .....24
		LENVIMA 12MG DAILY DOSE .....24
		LENVIMA 20 MG DAILY DOSE .....24
		LENVIMA 4 MG DAILY DOSE .....24

LENVIMA 8 MG DAILY		
DOSE.....	24	
LENVIMA CAP 14 MG....	24	
LENVIMA CAP 18 MG....	24	
LENVIMA CAP 24 MG....	24	
lessina	52	
LETAIRIS		
see <i>ambrisentan</i>	34	
<i>letrozole</i>	21	
<i>leucovorin calcium</i>	21	
LEUKERAN	20	
<i>leuprolide acetate</i>	21	
<i>levabuterol tartrate</i>	69	
<i>levetiracetam</i>	42	
LEVETIRACETAM.....	42	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	42	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	42	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	42	
LEVETIRACETAM/SODIUM CHLO		
see <i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	42	
see <i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	42	
see <i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	42	
<i>levobunolol hcl</i>	68	
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	55	
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	69	
<i>levofloxacin</i>	18	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	18	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	18	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	18	
<i>levonest</i>	52	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	52	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	52	
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	52	
<i>levora 0.15/30-28</i>	52	
<i>levo-t</i>	56	
<i>levothyroxine sodium</i>	56	
<i>levoxyl</i>	56	
LEXAPRO		
see <i>escitalopram oxalate</i>	36	
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> ...	61	
LIALDA		
see <i>mesalamine</i>	57	
<i>lidocaine</i>	74	
<i>lidocaine hcl</i>	74	
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	11	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	75	
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	74	
<i>lidocan</i>	74	
LIDODERM		
see <i>lidocaine</i>	74	
see <i>lidocan</i>	74	
see <i>tridacaine ii</i>	74	
LILETTA	52	
<i>linezolid</i>	13	
LINEZOLID INJ 2MG/ML	13	
LINZESS.....	58	
<i>liomny</i>	56	
<i>liothyronine sodium</i>	56	
LIPITOR		
see <i>atorvastatin calcium</i>	31	
<i>lisinopril</i>	28	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	28	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	28	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	28	
<i>lithium</i>	46	
<i>lithium carbonate</i>	46	
LITHOBID		
see <i>lithium carbonate</i> ..	46	
LIVTENCITY	17	
LODINE		
see <i>etodolac</i>	11	
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	52	
<i>loestrin 1/20-21</i>	52	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	52	
<i>loestrin fe 1/20</i>	52	
LOKELMA.....	51	
LOMOTIL		
see <i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	58	
<i>lomustine</i>	20	
LONSURF TAB 15-6.14	20	
LONSURF TAB 20-8.19	20	
<i>loperamide hcl</i>	58	
LOPID		
see <i>gemfibrozil</i>	30	
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	16	
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	16	
LOPRESSOR		
see <i>metoprolol tartrate</i>	32	
<i>lorazepam</i>	35	
<i>lorazepam intensol</i>	35	
LORBRENA.....	24	
<i>loryna</i>	52	
<i>losartan potassium</i>	30	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	29	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	29	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	29	
LOTEMAX.....	67	
LOTENSIN		
see <i>benazepril hcl</i>	28	
LOTENSIN HCT		

see <i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....27	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....55	MARINOL see <i>dronabinol</i>.....56
see <i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....27	<i>lurasidone hcl</i>.....39	<i>marlissa</i> .....52
see <i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> .....27	<i>luter</i>.....52	MARPLAN .....36
<i>loteprednol etabonate-tobramycin ophth susp 0.5-0.3%</i>.....66	LYBALVI TAB 10-10MG .39	MATULANE .....21
LOTREL	LYBALVI TAB 15-10MG .39	MAVYRET PAK 50-20MG.....17
see <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i> .....27	LYBALVI TAB 20-10MG .39	MAVYRET TAB 100-40MG.....17
see <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i> .....27	<i>lyleq</i> .....52	MAXALT see <i>rizatriptan benzoate</i>.....46
see <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i> .....27	<i>lyllana</i> .....54	MAXALT-MLT see <i>rizatriptan benzoate</i>.....46
see <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i> .....27	LYNPARZA.....24	MAXITROL see <i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>.....67
LOTRONEX	LYRICA see <i>pregabalin</i>.....43	see <i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>.....67
see <i>alosetron hcl</i>.....58	LYSODREN.....21	<i>meclizine hcl</i> .....57
<i>lovastatin</i> .....31	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....25	MEDROL see <i>methylprednisolone</i>.....54
LOVAZA	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....25	MEDROL DOSEPAK see <i>methylprednisolone</i>.....54
see <i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> .....31	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....25	<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....56
LOVENOX	<i>lyza</i> .....52	<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> 52
see <i>enoxaparin sodium</i>.....60	M	<i>mefloquine hcl</i>.....15
<i>low-ogestrel</i> .....52	MACROBID see <i>nitrofurantoin monohyd macro</i>.....14	<i>megestrol acetate</i> .....21, 56
<i>loxapine succinate</i> .....39	MACRODANTIN see <i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....14	<i>megestrol acetate (appetite)</i>.....56
<i>luizza 1.5/30</i> .....52	<i>magnesium sulfate</i>.....65	MEKINIST.....25
<i>luizza 1/20</i> .....52	MAGNESIUM SULFATE 65 see <i>magnesium sulfate</i>.....65	MEKTOVI.....25
LUMAKRAS.....24	MAGNESIUM SULFATE IN D5W see <i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>.....66	<i>meleya</i> .....52
LUMIGAN .....68	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> .....66	<i>meloxicam</i>.....11
LUMIZYME .....55	MALARONE see <i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> .....15	<i>memantine hcl</i> .....35
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....21	see <i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i> .....15	<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg</i>.....35
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....21	<i>malathion</i> .....75	<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg</i>.....35
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....55	<i>maraviroc</i>.....15	
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....55		

<i>memantine hcl-donepezil</i>	<i>metoprolol &</i>	<i>moxifloxacin hcl 400</i>
<i>hcl cap er 24hr 28-10 mg</i>	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>mg/250ml in sodium</i>
.....35	<i>50-25 mg</i>.....32	<i>chloride 0.8% inj</i>.....18
MENQUADFI.....64	<i>metoprolol succinate</i>.....32	MRESVIA.....64
MENVEO INJ.....64	<i>metoprolol tartrate</i>.....32	MS CONTIN
MENVEO SOL.....64	METROCREAM	<i>see morphine sulfate</i> ...11
MEPRON	<i>see metronidazole</i>	MULTAQ.....30
<i>see atovaquone</i>.....13	<i>(topical)</i>.....74	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>
<i>mercaptopurine</i>.....20	<i>metronidazole</i> .....13, 14	.....66
<i>meropenem</i> .....13	METRONIDAZOLE	<i>mupirocin</i> .....72
MEROPENEM	<i>see metronidazole</i>.....13	<i>mycophenolate mofetil</i> ...64
<i>see meropenem</i> .....13	<i>metronidazole (topical)</i> ..74,	<i>mycophenolate sodium</i> ...64
<i>mesalamine</i> .....57	75	MYFORTIC
<i>mesalamine w/ cleanser</i> .57	<i>metronidazole vaginal</i>....59	<i>see mycophenolate</i>
<i>mesna</i>.....22	<i>metyrosine</i> .....34	<i>sodium</i>.....64
MESNEX	<i>micafungin sodium</i>.....15	MYRBETRIQ .....59
<i>see mesna</i> .....22	MICARDIS	MYSOLINE
MESTINON	<i>see telmisartan</i>.....30	<i>see primidone</i>.....43
<i>see pyridostigmine</i>	<i>microgestin 1.5/30</i> .....52	N
<i>bromide</i> .....46	<i>microgestin 1/20</i> .....52	<i>nabumetone</i>.....11
<i>metformin hcl</i>.....49	<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....52	<i>nadolol</i> .....32
<i>methadone hcl</i>.....11	<i>microgestin fe 1/20</i> .....52	<i>nafcillin sodium</i> .....19
<i>methadone hydrochloride i</i>	<i>midodrine hcl</i> .....34	NAGLAZYME.....55
.....11	MIEBO .....68	<i>naloxone hcl</i>.....48
METHADOSE	<i>mifepristone</i>	<i>naltrexone hcl</i> .....48
<i>see methadone</i>	<i>(hyperglycemia)</i>.....55	NAMZARIC
<i>hydrochloride i</i>.....11	<i>mili</i> .....52	<i>see memantine hcl-</i>
<i>methazolamide</i> .....33	<i>mimvey</i> .....54	<i>donepezil hcl cap er</i>
<i>methenamine hippurate</i> ..13	MINIVELLE	<i>24hr 14-10 mg</i> .....35
<i>methimazole</i> .....56	<i>see lyllana</i> .....54	<i>see memantine hcl-</i>
<i>methotrexate sodium 20,</i> 63	<i>minocycline hcl</i> .....19	<i>donepezil hcl cap er</i>
<i>methsuximide</i> .....42	<i>minoxidil</i>.....34	<i>24hr 21-10 mg</i> .....35
METHYLIN	<i>mirtazapine</i> .....36	<i>see memantine hcl-</i>
<i>see methylphenidate hcl</i>	<i>misoprostol</i> .....58	<i>donepezil hcl cap er</i>
.....45	M-M-R II INJ .....64	<i>24hr 28-10 mg</i> .....35
<i>methylphenidate hcl</i>.....45	M-NATAL PLUS TAB.....66	NAMZARIC CAP 7-10MG
<i>methylprednisolone</i>.....54	<i>modafinil</i> .....47	.....35
<i>methylprednisolone acetate</i>	MODEYSO .....22	<i>naproxen</i>.....11
.....54	<i>moexipril hcl</i>.....28	<i>naproxen sodium</i> .....11
<i>methylprednisolone sod</i>	<i>molindone hcl</i>.....39	<i>naratriptan hcl</i>.....46
<i>succ</i>.....54	<i>mometasone furoate</i>.....74	NARDIL
<i>metoclopramide hcl</i>.....57	MONJUVI .....25	<i>see phenelzine sulfate</i> 36
<i>metolazone</i> .....33	<i>mono-lynyah</i> .....52	NATACYN.....67
<i>metoprolol &</i>	<i>montelukast sodium</i>.....69	<i>nateglinide</i> .....49
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>morphine sulfate</i> .....11, 12	NAYZILAM.....42
<i>100-25 mg</i>.....32	MOUNJARO .....49	<i>nebivolol hcl</i>.....32
<i>metoprolol &</i>	MOVANTIK.....58	NEBUPENT
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>moxifloxacin hcl</i> .....18	<i>see pentamidine</i>
<i>100-50 mg</i>.....32	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> ..67	<i>isethionate inh</i> .....14

<i>necon 0.5/35-28</i>	52	<i>nimodipine</i>	33	NORPACE
<i>nefazodone hcl</i>	36	NINLARO.....	25	see <i>disopyramide</i>
<i>neomycin sulfate</i>	14	<i>nitazoxanide</i>	14	<i>phosphate</i>
<i>neomycin-bacitrac zn-</i>		<i>nitisinone</i>	55	30
<i>polymyx 5(3.5)mg-</i>		NITRO-BID	34	NORPRAMIN
<i>400unt-10000unt op oin</i>		<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>		see <i>desipramine hcl</i>
.....	67	.....	14	36
<i>neomycin-polymy-gramicid</i>		<i>nitrofurantoin monohyd</i>		NORTHERA
<i>op sol 1.75-10000-</i>		<i>macro</i>	14	see <i>droxidopa</i>
<i>0.025mg-unt-mg/ml</i>	67	<i>nitroglycerin</i>	34	33
<i>neomycin-polymyxin-</i>		<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> ..	75	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>
<i>dexamethasone ophth</i>		NITROSTAT		<i>nortrel 1/35 (21)</i>
<i>oint 0.1%</i>	67	see <i>nitroglycerin</i>	34	<i>nortrel 1/35 (28)</i>
<i>neomycin-polymyxin-</i>		<i>nizatidine</i>	57	<i>nortrel 7/7/7</i>
<i>dexamethasone ophth</i>		<i>nora-be</i>	52	<i>nortriptyline hcl</i>
<i>susp 0.1%</i>	67	<i>norelgestromin-ethinyl</i>		36
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>		<i>estradiol td ptwk 150-35</i>		NORVASC
<i>ophth susp</i>	67	<i>mcg/24hr</i>	53	see <i>amlodipine besylate</i>
<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>		<i>norethindrone</i>		.....
<i>soln 1%</i>	68	<i>(contraceptive)</i>	53	32
<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>		<i>norethindrone ace & ethinyl</i>		NORVIR.....
<i>susp 3.5 mg/ml-10000</i>		<i>estradiol tab 1 mg-20</i>		see <i>ritonavir</i>
<i>unit/ml-1%</i>	68	<i>mcg</i>	53	15
NEORAL		<i>norethindrone ace & ethinyl</i>		NOVOLIN INJ 70/30
see <i>cyclosporine</i>		<i>estradiol tab 1.5 mg-30</i>		NOVOLIN INJ 70/30 FP ..
<i>modified (for</i>		<i>mcg</i>	53	50
<i>microemulsion)</i>	63	<i>norethindrone ace & ethinyl</i>		NOVOLIN N.....
see <i>gengraf</i>	64	<i>estradiol-fe tab 1 mg-20</i>		NOVOLIN N FLEXPEN...50
NERLYNX.....	25	<i>mcg</i>	53	NOVOLIN R.....
<i>neuac</i>	72	<i>norethindrone ace & ethinyl</i>		NOVOLIN R FLEXPEN...50
NEURONTIN		<i>estradiol tab 1.5 mg-30</i>		NOVOLOG.....
see <i>gabapentin</i>	41, 42	<i>mcg</i>	53	NOVOLOG FLEXPEN
<i>nevirapine</i>	15	<i>norethindrone ace & ethinyl</i>		NOVOLOG FLEXPEN
NEXAVAR		<i>estradiol-fe tab 1 mg-20</i>		RELION.....
see <i>sorafenib tosylate</i> .	26	<i>mcg</i>	53	50
NEXIUM		<i>norethindrone acetate</i>	56	NOVOLOG MIX INJ 70/30
see <i>esomeprazole</i>		<i>norethindrone acetate-</i>		.....
<i>magnesium</i>	58	<i>ethinyl estradiol tab 0.5</i>		50
NEXLETOL.....	31	<i>mg-2.5 mcg</i>	54	NOVOLOG MIX INJ
NEXLIZET TAB 180/10MG		<i>norethindrone acetate-</i>		FLEXPEN.....
.....	31	<i>ethinyl estradiol tab 1</i>		50
NEXPLANON	52	<i>mg-5 mcg</i>	54	NOVOLOG PENFILL
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>		<i>norethindrone ac-ethinyl</i>		NOVOLOG RELION
.....	31	<i>estrad-fe tab 1-20/1-30/1-</i>		NUBEQA.....
NICOTROL NS	48	<i>35 mg-mcg</i>	53	NUDEXTA CAP 20-10MG
<i>nifedipine</i>	32	<i>norgestimate & ethinyl</i>		.....
<i>nikki</i>	52	<i>estradiol tab 0.25 mg-35</i>		46
<i>nilotinib hcl</i>	25	<i>mcg</i>	53	NULOJIX.....
<i>nilutamide</i>	21	<i>norgestimate-eth estrad tab</i>		64
		<i>0.18-25/0.215-25/0.25-25</i>		NUPLAZID
		<i>mg-mcg</i>	53	39
		<i>norgestimate-eth estrad tab</i>		NURTEC.....
		<i>0.18-35/0.215-35/0.25-35</i>		46
		<i>mg-mcg</i>	53	NUTRILIPID.....
		<i>norlyroc</i>	53	66
				NUVARING
				see <i>eluryng</i>
				see <i>enilloring</i>
				see <i>etonogestrel-ethinyl</i>
				<i>estradiol va ring 0.12-</i>
				<i>0.015 mg/24hr</i>
				see <i>haloette</i>
				52
				NUVIGIL
				see <i>armodafinil</i>
				47

NUZYRA.....	19	<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	29	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5- 325 mg</i>	12
<i>nyamyc</i>	72	<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	31	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	12
<i>nylia 1/35</i>	53	<i>omeprazole</i>	59	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5- 325 mg</i>	12
<i>nylia 7/7/7</i>	53	OMNIPOD 5 DX KIT INT		OZEMPIC (0.25 OR	
<i>nystatin</i>	15	G7G6.....	50	0.5MG/DOSE).....	49
NYSTATIN		OMNIPOD 5 DX MIS POD		OZEMPIC (1MG/DOSE).....	49
<i>see nystatin (mouth- throat)</i>	75	G7G6.....	50	OZEMPIC (2MG/DOSE).....	49
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	75	OMNIPOD 5 L2 KIT INTRO		P	
<i>nystatin (topical)</i>	73	G6.....	50	<i>pacerone</i>	30
<i>nystop</i>	73	OMNIPOD 5 L2 MIS PODS		<i>paclitaxel</i>	22
O		G6.....	50	<i>paclitaxel inj 100mg</i>	22
OCTAGAM.....	63	OMNIPOD DASH KIT		<i>paliperidone</i>	39
<i>octreotide acetate</i>	55	INTRO.....	50	PAMELOR	
OCUFLOX		OMNIPOD DASH MIS		<i>see nortriptyline hcl</i>	36
<i>see ofloxacin (ophth)</i>	67	PODS.....	50	<i>pamidronate disodium</i>	51
ODEFSEY TAB.....	16	<i>ondansetron</i>	57	PAMIDRONATE	
ODOMZO.....	25	<i>ondansetron hcl</i>	57	DISODIUM.....	51
OFEV.....	70	ONFI		PANRETIN.....	75
<i>ofloxacin (ophth)</i>	67	<i>see clobazam</i>	40, 41	<i>pantoprazole sodium</i>	59
<i>ofloxacin (otic)</i>	68	ONTRUZANT.....	25	PANTOPRAZOLE SODIUM	
OGIVRI.....	25	ONUREG.....	20	<i>see pantoprazole sodium</i>	
OGSIVEO.....	25	OPIPZA.....	39	.....	59
OJEMDA.....	25	OPSUMIT.....	34	PANZYGA.....	63
OJJAARA.....	25	ORFADIN		<i>paricalcitol</i>	56
<i>olanzapine</i>	39	<i>see nitisinone</i>	55	PARLODEL	
<i>olmesartan medoxomil</i>	30	ORGOVYX.....	21	<i>see bromocriptine</i>	
<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	29	ORKAMBI GRA 100-125.....	70	<i>mesylate</i>	37
<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	29	ORKAMBI GRA 150-188.....	70	PARNATE	
<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	29	ORKAMBI GRA 75-94MG		<i>see tranlycypromine</i>	
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	29	.....	70	<i>sulfate</i>	37
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	29	ORKAMBI TAB 100-125.....	70	<i>paroxetine hcl</i>	36
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	29	ORKAMBI TAB 200-125.....	70	PAXIL	
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	29	<i>orquidea</i>	53	<i>see paroxetine hcl</i>	36
		ORSERDU.....	21	PAXLOVID PAK.....	17
		<i>oseltamivir phosphate</i>	17	PAXLOVID TAB 150-100.....	17
		OSPOMYV.....	51	PAXLOVID TAB 300-100.....	17
		<i>oxacillin sodium</i>	19	<i>pazopanib hcl</i>	25
		<i>oxaliplatin</i>	20	PEDIARIX INJ 0.5ML.....	64
		<i>oxcarbazepine</i>	42	PEDVAX HIB.....	64
		<i>oxybutynin chloride</i>	59	<i>peg 3350-kcl-na bicarb- nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	58
		<i>oxycodone hcl</i>	12		
		<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10- 325 mg</i>	12		

<i>peg 3350-kcl-sod bicarb- nacl for soln 420 gm</i>.....58	<i>perphenazine</i> .....39	PLAQUENIL
PEGASYS .....17	<i>pfizerpen</i> .....19	<i>see hydroxychloroquine</i>
PEMAZYRE.....25	<i>phenelzine sulfate</i>.....36	<i>sulfate</i> .....63
<i>pemetrexed disodium</i> ....20	PHENERGAN	PLASMA-LYTE A
PENBRAYA INJ.....64	<i>see promethazine hcl</i> ..57	<i>see multiple electrolytes</i>
<i>penicillamine</i> .....51	<i>phenobarbital</i> .....42	<i>ph 5.5</i>.....66
<i>penicillin g potassium</i>.....19	<i>phenobarbital sodium</i> ....43	PLAVIX
<i>penicillin g sodium</i> .....19	<i>phenytek</i> .....43	<i>see clopidogrel bisulfate</i>
<i>penicillin v potassium</i>.....19	<i>phenytoin</i> .....43	.....61
PENMENVY INJ .....64	<i>phenytoin sodium</i>.....43	<i>plenamine</i> .....66
PENTACEL INJ .....64	<i>phenytoin sodium extended</i>	PLENVU SOL .....58
PENTAM 300	.....43	<i>podofilox</i> .....75
<i>see pentamidine</i>	PHESGO SOL .....25	<i>polymyxin b sulfate</i> .....14
<i>isethionate inj</i>.....14	<i>philith</i> .....53	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>
<i>pentamidine isethionate inh</i>	PIFELTRO .....15	<i>ophth soln 10000 unit/ml-</i>
.....14	<i>pilocarpine hcl</i>.....68	<i>0.1%</i>.....67
<i>pentamidine isethionate inj</i>	<i>pilocarpine hcl (oral)</i> .....75	POMALYST .....21
.....14	<i>pimecrolimus</i>.....75	<i>portia-28</i> .....53
<i>pentoxifylline</i> .....61	<i>pimozide</i> .....39	<i>posaconazole</i>.....15
PEPCID	<i>pimtrea</i>.....53	POT CHL 20MEQ/L IN
<i>see famotidine</i>.....57	<i>pindolol</i> .....32	NACL 0.45% INJ .....66
<i>perampanel</i>.....42	<i>pioglitazone hcl</i>.....49	POT CHL 20MEQ/L IN
PERCOCET	<i>pioglitazone hcl-metformin</i>	NACL 0.9% INJ .....66
<i>see endocet tab 10-</i>	<i>hcl tab 15-500 mg</i> .....49	POT CHL 40MEQ/L IN
<i>325mg</i> .....12	<i>pioglitazone hcl-metformin</i>	NACL 0.9% INJ .....66
<i>see endocet tab 5-325mg</i>	<i>hcl tab 15-850 mg</i> .....49	<i>potassium chloride</i>.....66
.....12	<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	POTASSIUM CHLORIDE
<i>see endocet tab 7.5-</i>	<i>na for inj 3.375 gm (3-</i>	<i>see potassium chloride</i> 66
<i>325mg</i> .....12	<i>0.375 gm)</i> .....19	<i>potassium chloride 20</i>
<i>see oxycodone w/</i>	<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	<i>meq/l (0.15%) in</i>
<i>acetaminophen tab 10-</i>	<i>sod for inj 13.5 gm (12-</i>	<i>dextrose 5% inj</i>.....66
<i>325 mg</i> .....12	<i>1.5 gm)</i> .....19	<i>potassium chloride</i>
<i>see oxycodone w/</i>	<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	<i>microencapsulated</i>
<i>acetaminophen tab 5-</i>	<i>sod for inj 2.25 gm (2-</i>	<i>crystals er</i>.....66
<i>325 mg</i> .....12	<i>0.25 gm)</i> .....19	POTASSIUM
<i>see oxycodone w/</i>	<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	CHLORIDE/DEXTRO
<i>acetaminophen tab</i>	<i>sod for inj 4.5 gm (4-0.5</i>	<i>see kcl 30 meq/l</i>
<i>7.5-325 mg</i> .....12	<i>gm)</i> .....19	<i>(0.224%) in dextrose</i>
PERIDEX	<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	<i>5% & nacl 0.45% inj</i> .65
<i>see chlorhexidine</i>	<i>sod for inj 40.5 gm (36-</i>	<i>see potassium chloride</i>
<i>gluconate (mouth-</i>	<i>4.5 gm)</i> .....19	<i>20 meq/l (0.15%) in</i>
<i>throat)</i> .....75	PIQRAY 200MG DAILY	<i>dextrose 5% inj</i>.....66
<i>see periogard</i> .....75	DOSE .....25	POTASSIUM
<i>perindopril erbumine</i> .....28	PIQRAY 250MG TAB	CHLORIDE/SODIUM
<i>periogard</i> .....75	DOSE .....25	<i>see kcl 20 meq/l (0.15%)</i>
<i>permethrin</i> .....75	PIQRAY 300MG DAILY	<i>in nacl 0.45% inj</i> .....65
PERMETHRIN	DOSE .....25	<i>see kcl 20 meq/l (0.15%)</i>
<i>see permethrin</i> .....75	<i>pirfenidone</i> .....70	<i>in nacl 0.9% inj</i> .....65
	<i>piroxicam</i> .....11	

see <i>kcl 40 meq/l (0.3%)</i> <i>in nacl 0.9% inj</i> .....65	see <i>imipenem-cilastatin</i> <i>intravenous for soln</i> 500 mg .....13	see <i>modafinil</i> .....47
<i>potassium citrate</i> (alkalinizer).....59	<i>primidone</i>.....43	PULMICORT see <i>budesonide</i> <i>(inhalation)</i>.....71
PRADAXA see <i>dabigatran etexilate</i> <i>mesylate</i> .....60	PRIORIX INJ.....64	PULMOZYME .....70
<i>pramipexole</i> <i>dihydrochloride</i>.....37	PRISTIQ see <i>desvenlafaxine</i> <i>succinate</i> .....36	PURIXAN see <i>mercaptopurine</i> ....20
<i>prasugrel hcl</i>.....61	PRIVIGEN .....63	<i>pyrazinamide</i> .....16
<i>pravastatin sodium</i>.....31	<i>probenecid</i> .....11	<i>pyridostigmine bromide</i> ...46
<i>praziquantel</i> .....14	PROCARDIA XL see <i>nifedipine</i> .....32	<i>pyrimethamine</i> .....14
<i>prazosin hcl</i> .....28	<i>prochlorperazine</i> .....57	PYZCHIVA.....62
PRED FORTE see <i>prednisolone acetate</i> <i>(ophth)</i> .....67	<i>prochlorperazine edisylate</i> .....57	Q
<i>prednisolone</i> .....54	<i>prochlorperazine maleate</i> .....57	QINLOCK.....25
<i>prednisolone acetate</i> (ophth).....67	PROCRIT .....60	QUADRACEL INJ 0.5ML 64
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP .....67	<i>proctocort</i>.....75	QUESTRAN see <i>cholestyramine</i> .....31
<i>prednisolone sodium</i> <i>phosphate</i> .....54	<i>procto-med hc</i>.....75	QUESTRAN LIGHT see <i>cholestyramine light</i> .....31
<i>prednisone</i> .....54	<i>proctosol hc</i> .....75	see <i>prevalite</i>.....31
PREDNISON INTENSOL .....54	<i>proctozone-hc</i>.....75	<i>quetiapine fumarate</i> .....39
<i>pregabalin</i> .....43	<i>progesterone</i>.....56	<i>quinapril hcl</i>.....28
PREMASOL SOL 10% ..66	PROGLYCEM see <i>diazoxide</i> .....54	<i>quinidine sulfate</i>.....30
PRENATAL TAB 27-1MG .....66	PROGRAF .....64	<i>quinine sulfate</i>.....15
PRENATAL TAB PLUS ..66	see <i>tacrolimus</i> .....64	QULIPTA .....46
PREVACID see <i>lansoprazole</i> .....59	PROLASTIN-C.....70	R
<i>prevalite</i> .....31	PROLIA .....51	RABAVERT INJ .....64
PREVYMIS .....17	<i>promethazine hcl</i> .....57	RALDESY .....36
PREZCOBIX TAB 675/150 .....16	PROMETRIUM see <i>progesterone</i> .....56	<i>raloxifene hcl</i>.....55
PREZCOBIX TAB 800-150 .....16	<i>propafenone hcl</i>.....30	<i>ramelteon</i>.....45
PREZISTA .....15	<i>proparacaine hcl</i> .....68	<i>ramipril</i> .....28
see <i>darunavir</i> .....15	<i>propranolol hcl</i>.....32	<i>ranolazine</i> .....34
PRIFTIN.....16	<i>propylthiouracil</i>.....56	<i>rasagiline mesylate</i> .....37
<i>primaquine phosphate</i> ....15	PROQUAD INJ .....64	RECLAST see <i>zoledronic acid</i> .....51
PRIMAQUINE PHOSPHATE .....15	PROSCAR see <i>finasteride</i> .....59	<i>reclipsen</i> .....53
see <i>primaquine</i> <i>phosphate</i>.....15	PROSOL INJ 20% .....66	RECOMBIVAX HB.....64
PRIMAXIN IV	PROTONIX see <i>pantoprazole sodium</i> .....57	RECTIV see <i>nitroglycerin (intra-</i> <i>anal)</i>.....75
	<i>protriptyline hcl</i>.....36	REGLAN see <i>metoclopramide hcl</i> .....57
	PROVERA see <i>medroxyprogesterone</i> <i>acetate</i>.....56	RELENZA DISKHALER..17
	PROVIGIL	RELISTOR.....58
		REMERON see <i>mirtazapine</i> .....36
		REMERON SOLTAB see <i>mirtazapine</i> .....36

REMICADE.....	62	<i>rivastigmine</i>	35	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	
RENFLXIS.....	62	<i>rivastigmine tartrate</i>	35	.....	55
<i>repaglinide</i>	49	<i>rizatriptan benzoate</i>	46	SCEMBLIX.....	25, 26
REPATHA.....	31	ROCALTROL		<i>scopolamine</i>	57
REPATHA SURECLICK	31	<i>see calcitriol</i>	56	SECUADO	40
RESTASIS.....	68	<i>see calcitriol (oral)</i>	56	<i>selegiline hcl</i>	37
RESTASIS MULTIDOSE	68	ROCKLATAN DRO.....	68	<i>selenium sulfide</i>	73
RESTORIL		<i>roflumilast</i>	70	SELZENTRY.....	15
<i>see temazepam</i>	45	ROMVIMZA	25	<i>see maraviroc</i>	15
RETEVMO	25	<i>ropinirole hydrochloride</i> ..	37	SENSIPAR	
RETIN-A		<i>rosuvastatin calcium</i>	31	<i>see cinacalcet hcl</i>	55
<i>see tretinoin</i>	72	ROTARIX SUS	64	SEREVENT DISKUS	69
RETROVIR		ROTATEQ SOL	64	SEROQUEL	
<i>see zidovudine</i>	16	ROWASA		<i>see quetiapine fumarate</i>	
REVATIO		<i>see mesalamine w/</i>		.....	39
<i>see sildenafil citrate</i>		<i>cleanser</i>	57	SEROQUEL XR	
<i>(pulmonary</i>		<i>roweepra</i>	43	<i>see quetiapine fumarate</i>	
<i>hypertension)</i>	34	ROXICODONE		.....	39
REVCIVI	55	<i>see oxycodone hcl</i>	12	<i>sertraline hcl</i>	36
REVUFORJ	25	ROZEREM		<i>setlakin</i>	53
REXULTI	39, 40	<i>see ramelteon</i>	45	<i>sharobel</i>	53
REYATAZ.....	15	ROZLYTREK	25	SHINGRIX	64
<i>see atazanavir sulfate</i> .	15	RUBRACA	25	SIGNIFOR	55
REZDIFFRA	55	<i>rufinamide</i>	43	SIKLOS.....	61
REZLIDHIA.....	25	RUKOBIA	15	<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>	
REZUROCK	64	RYBELSUS	49	<i>hypertension)</i>	34
RHOPRESSA	68	RYDAPT	25	SILENOR	
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	17	S		<i>see doxepin hcl (sleep)</i>	
<i>rifabutin</i>	16	SABRIL		.....	45
RIFADIN		<i>see vigabatrin</i>	44	SILVADENE	
<i>see rifampin</i>	16	<i>see vigadrone</i>	44	<i>see silver sulfadiazine</i> .	72
<i>rifampin</i>	16	<i>sacubitril-valsartan tab 24-</i>		<i>see ssd</i>	72
<i>riluzole</i>	46	<i>26 mg</i>	29	<i>silver sulfadiazine</i>	72
<i>rimantadine hydrochloride</i>		<i>sacubitril-valsartan tab 49-</i>		SIMBRINZA SUS 1-0.2%	68
.....	17	<i>51 mg</i>	29	<i>simliya</i>	53
RINVOQ	62	<i>sacubitril-valsartan tab 97-</i>		<i>simvastatin</i>	31
RINVOQ LQ.....	62	<i>103 mg</i>	29	SINEMET	
RISPERDAL		<i>sajazir</i>	61	<i>see carbidopa &</i>	
<i>see risperidone</i>	40	SALAGEN		<i>levodopa tab 10-100</i>	
RISPERDAL CONSTA		<i>see pilocarpine hcl (oral)</i>		<i>mg</i>	37
<i>see risperidone</i>		.....	75	<i>see carbidopa &</i>	
<i>microspheres</i>	40	SANDIMMUNE		<i>levodopa tab 25-100</i>	
<i>risperidone</i>	40	<i>see cyclosporine</i>	63	<i>mg</i>	37
<i>risperidone microspheres</i>	40	SANDOSTATIN		SINGULAIR	
RITALIN		<i>see octreotide acetate</i> .	55	<i>see montelukast sodium</i>	
<i>see methylphenidate hcl</i>		SANTYL.....	75	.....	69
.....	45	SAPHRIS		<i>sirolimus</i>	64
<i>ritonavir</i>	15	<i>see asenapine maleate</i>		SIRTURO.....	16
<i>rivaroxaban</i>	60	.....	38	SKYRIZI.....	62

SKYRIZI PEN	62	SUBOXONE		see <i>sunitinib malate</i>	26
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf</i>		see <i>buprenorphine hcl-</i>		<i>syeda</i>	53
<i>oral sol 17.5-3.13-1.6</i>		<i>naloxone hcl sl film 12-</i>		SYMBICORT	
<i>gm/177ml</i>	58	<i>3 mg (base equiv)....</i>	47	see <i>breyana</i>	71
<i>sodium chloride</i>	66	see <i>buprenorphine hcl-</i>		see <i>budesonide-</i>	
<i>sodium chloride (gu</i>		<i>naloxone hcl sl film 2-</i>		<i>formoterol fumarate</i>	
<i>irrigant)</i>	75	<i>0.5 mg (base equiv) .47</i>		<i>dihyd aerosol 160-4.5</i>	
<i>sodium fluoride chew; tab;</i>		see <i>buprenorphine hcl-</i>		<i>mcg/act</i>	71
<i>1.1 (0.5 f) mg/ml soln ..</i>	66	<i>naloxone hcl sl film 4-1</i>		see <i>budesonide-</i>	
SODIUM OXYBATE	47	<i>mg (base equiv).....</i>	47	<i>formoterol fumarate</i>	
<i>sodium phenylbutyrate</i>	55	see <i>buprenorphine hcl-</i>		<i>dihyd aerosol 80-4.5</i>	
<i>sodium polystyrene</i>		<i>naloxone hcl sl film 8-2</i>		<i>mcg/act</i>	71
<i>sulfonate powder</i>	51	<i>mg (base equiv).....</i>	47	SYMDEKO TAB 100-15070	
<i>solifenacin succinate</i>	59	<i>subvenite</i>	43	SYMDEKO TAB 50-75MG	
SOLQUA INJ 100/33	50	SUBVENITE	43	.....	70
SOLTAMOX.....	21	<i>sucralfate</i>	58	SYMFI	
SOLU-CORTEF	54	<i>sulfacetamide sodium</i>		see <i>efavirenz-</i>	
see <i>hydrocortisone sod</i>		<i>(acne)</i>	72	<i>lamivudine-tenofovir df</i>	
<i>succinate</i>	54	<i>sulfacetamide sodium</i>		<i>tab 600-300-300 mg 16</i>	
SOLU-MEDROL		<i>(ophth)</i>	67	SYMPAZAN.....	43
see <i>methylprednisolone</i>		<i>sulfacetamide sodium-</i>		SYMTUZA TAB.....	16
<i>sod succ</i>	54	<i>prednisolone ophth soln</i>		SYNALAR	
SOMATULINE DEPOT ...	55	<i>10-0.23(0.25)%</i>	67	see <i>fluocinolone</i>	
SOMAVERT	55	<i>sulfadiazine</i>	14	<i>acetonide</i>	73
<i>sorafenib tosylate</i>	26	<i>sulfamethoxazole-</i>		SYNAREL	55
<i>sotalol hcl</i>	30	<i>trimethoprim iv soln 400-</i>		SYNTHROID.....	56
<i>sotalol hcl (afib/af)</i>	30	<i>80 mg/5ml</i>	14	see <i>levo-t</i>	56
SOTYKTU.....	62	<i>sulfamethoxazole-</i>		see <i>levothyroxine sodium</i>	
SPIRIVA RESPIMAT	69	<i>trimethoprim susp 200-40</i>		.....	56
<i>spironolactone</i>	28	<i>mg/5ml</i>	14	see <i>levoxyl</i>	56
<i>spironolactone &</i>		<i>sulfamethoxazole-</i>		see <i>unithroid</i>	56
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>trimethoprim tab 400-80</i>		SYPRINE	
<i>25-25 mg</i>	33	<i>mg</i>	14	see <i>trientine hcl</i>	51
SPORANOX		<i>sulfamethoxazole-</i>		T	
see <i>itraconazole</i>	15	<i>trimethoprim tab 800-160</i>		TABLOID	20
<i>sprintec 28</i>	53	<i>mg</i>	14	TABRECTA.....	26
SPRITAM.....	43	SULFAMYLON	72	<i>tacrolimus</i>	64
SPRYCEL		<i>sulfasalazine</i>	58	<i>tacrolimus (topical)</i>	75
see <i>dasatinib</i>	23	<i>sulindac</i>	11	<i>tadalafil</i>	59
<i>sps</i>	51	<i>sumatriptan</i>	46	<i>tadalafil (pulmonary</i>	
<i>sps rectal</i>	51	<i>sumatriptan succinate</i>	46	<i>hypertension)</i>	34
<i>sronyx</i>	53	<i>sunitinib malate</i>	26	TAFINLAR	26
<i>ssd</i>	72	SUNLENCA	16	TAGRISSE	26
STELARA	62	SUPREP BOWEL PREP		TALZENNA.....	26
<i>streptomycin sulfate</i>	14	KIT		TAMIFLU	
STRIBILD TAB.....	16	see <i>sod sulfate-pot sulf-</i>		see <i>oseltamivir</i>	
STROMEKTOL		<i>mg sulf oral sol 17.5-</i>		<i>phosphate</i>	17
see <i>ivermectin</i>	13	<i>3.13-1.6 gm/177ml...58</i>		<i>tamoxifen citrate</i>	21
		SUTENT		<i>tamsulosin hcl</i>	59

TARGRETIN		<i>testosterone pump</i>.....48	<i>topiramate</i>.....43
see <i>bexarotene</i>.....21		<i>tetrabenazine</i>.....46	TOPROL XL
see <i>bexarotene (topical)</i>		<i>tetracycline hcl</i>.....19	see <i>metoprolol succinate</i>
.....74		THALOMID.....21	.....32
<i>tarina fe 1/20 eq</i>.....53		<i>theophylline</i>.....70	<i>toremifene citrate</i>.....21
TASIGNA		<i>thioridazine hcl</i>.....40	<i>torpenz</i>.....26
see <i>nilotinib hcl</i>.....25		<i>thiothixene</i>.....40	<i>torseamide</i>.....33
<i>tasimelteon</i>.....45		<i>tiadylt er</i>.....33	TOUJEO MAX SOLOSTAR
TAVNEOS.....61		<i>tiagabine hcl</i>.....43	.....50
<i>tazarotene</i>.....73		TIAZAC	TOUJEO SOLOSTAR.....51
<i>tazicef</i>.....18		see <i>diltiazem hcl</i>	TPN ELECTROL INJ.....66
TAZORAC		<i>extended release</i>	TRACLEER
see <i>tazarotene</i>.....73		<i>beads</i>.....32	see <i>bosentan</i>.....34
TAZVERIK.....26		see <i>tiadylt er</i>.....33	TRADJENTA.....49
TECENTRIQ.....26		TIBSOVO.....26	<i>tramadol hcl</i>.....12
TECENTRIQ INJ		<i>ticagrelor</i>.....61	<i>tramadol-acetaminophen</i>
HYBREZA.....26		TICOVAC.....64	<i>tab 37.5-325 mg</i>.....12
TEFLARO.....18		<i>tigecycline</i>.....19	<i>trandolapril</i>.....28
TEGRETOL		TIKOSYN	<i>tranexamic acid</i>.....61
see <i>carbamazepine</i>.....40		see <i>dofetilide</i>.....30	TRANSDERM SCOP
TEGRETOL-XR		<i>tilia fe</i>.....53	see <i>scopolamine</i>.....57
see <i>carbamazepine</i>.....40		<i>timolol maleate</i>.....32	<i>tranylcypromine sulfate</i> ...37
TEKTURNIA		<i>timolol maleate (ophth)</i> ...68	TRAVASOL INJ 10%.....66
see <i>aliskiren fumarate</i> ...33		<i>tinidazole</i>.....14	TRAZIMERA.....26
<i>telmisartan</i>.....30		TIVICAY.....16	<i>trazodone hcl</i>.....37
<i>temazepam</i>.....45		TIVICAY PD.....16	TRELEGY AER ELLIPTA
TENIVAC INJ 5-2LF.....64		<i>tizanidine hcl</i>.....47	100-62.5-25 MCG.....68
<i>tenofovir disoproxil</i>		TOBI PODHALER.....14	TRELEGY AER ELLIPTA
<i>fumarate</i>.....16		TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	200-62.5-25 MCG.....68
TENORETIC 100		.....67	TREMFYA.....62
see <i>atenolol &</i>		<i>tobramycin</i>.....14	TREMFYA INDUCTION
<i>chlorthalidone tab 100-</i>		<i>tobramycin (ophth)</i>.....67	PACK FO.....62
<i>25 mg</i>.....31		<i>tobramycin sulfate</i>.....14	TREMFYA PEN.....62
TENORETIC 50		<i>tobramycin-dexamethasone</i>	<i>treprostinil</i>.....34
see <i>atenolol &</i>		<i>ophth susp 0.3-0.1%</i> ...67	<i>tretinoin</i>.....72
<i>chlorthalidone tab 50-</i>		<i>tolterodine tartrate</i>.....59	<i>tretinoin (chemotherapy)</i> ...22
<i>25 mg</i>.....31		<i>tolvaptan</i>.....55	<i>triamcinolone acetonide</i>
TENORMIN		<i>tolvaptan tab therapy pack</i>	<i>(mouth)</i>.....75
see <i>atenolol</i>.....32		30 & 15 mg.....56	<i>triamcinolone acetonide</i>
TEPMETKO.....26		<i>tolvaptan tab therapy pack</i>	<i>(topical)</i>.....74
<i>terazosin hcl</i>.....28		45 & 15 mg.....56	<i>triamterene &</i>
<i>terbinafine hcl</i>.....15		<i>tolvaptan tab therapy pack</i>	<i>hydrochlorothiazide cap</i>
<i>terbutaline sulfate</i>.....69		60 & 30 mg.....56	37.5-25 mg.....33
<i>terconazole vaginal</i>.....59		<i>tolvaptan tab therapy pack</i>	<i>triamterene &</i>
<i>teriparatide</i>.....51		90 & 30 mg.....56	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
TERIPARATIDE.....51		TOPAMAX	37.5-25 mg.....33
<i>testosterone</i>.....48		see <i>topiramate</i>.....43	<i>triamterene &</i>
<i>testosterone cypionate</i> ...48		TOPAMAX SPRINKLE	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>testosterone enanthate</i> ...48		see <i>topiramate</i>.....43	75-50 mg.....33

TRIBENZOR	<i>tri-lo-estarylla</i>	53	TYPHIM VI.....	64
see <i>olmesartan-</i>	<i>tri-lo-marzia</i>	53	U	
<i>amlodipine-</i>	<i>tri-lo-mili</i>	53	UBRELVY	46
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>tri-lo-sprintec</i>	53	UCERIS	
20-5-12.5 mg	<i>trimethoprim</i>	14	see <i>budesonide</i>	57
see <i>olmesartan-</i>	<i>tri-mili</i>	53	UNASYN	
<i>amlodipine-</i>	<i>trimipramine maleate</i>	37	see <i>ampicillin &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	TRINTELLIX	37	<i>sulbactam sodium for</i>	
40-10-12.5 mg	<i>tri-sprintec</i>	53	<i>inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	19
see <i>olmesartan-</i>	TRIUMEQ PD TAB	16	see <i>ampicillin &</i>	
<i>amlodipine-</i>	TRIUMEQ TAB	16	<i>sulbactam sodium for</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>tri-vylibra</i>	53	<i>inj 3 (2-1) gm</i>	19
40-10-25 mg	<i>tri-vylibra lo</i>	53	UNASYN BULK PACK	
see <i>olmesartan-</i>	TROGARZO	16	see <i>ampicillin &</i>	
<i>amlodipine-</i>	TROPHAMINE INJ 10%	66	<i>sulbactam sodium for</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>tropium chloride</i>	59	<i>iv soln 15 (10-5) gm</i>	19
40-5-12.5 mg	TRULICITY	49	<i>unithroid</i>	56
see <i>olmesartan-</i>	TRUMENBA.....	64	UPTRAVI	34
<i>amlodipine-</i>	TRUQAP	26	UPTRAVI PACK TAB	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	TRUVADA		200/800	34
40-5-25 mg	see <i>emtricitabine-</i>		UROCIT-K 10	
TRICOR	<i>tenofovir disoproxil</i>		see <i>potassium citrate</i>	
see <i>fenofibrate</i>	<i>fumarate tab 100-150</i>		(<i>alkalinizer</i>)	59
<i>tridacaine ii</i>	mg	16	UROCIT-K 15	
<i>triderm</i>	see <i>emtricitabine-</i>		see <i>potassium citrate</i>	
<i>trientine hcl</i>	<i>tenofovir disoproxil</i>		(<i>alkalinizer</i>)	59
<i>tri-estarylla</i>	<i>fumarate tab 133-200</i>		UROXATRAL	
<i>trifluoperazine hcl</i>	mg	16	see <i>alfuzosin hcl</i>	59
<i>trifluridine</i>	see <i>emtricitabine-</i>		URSO FORTE	
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	<i>tenofovir disoproxil</i>		see <i>ursodiol</i>	58
TRIJARDY XR TAB ER	<i>fumarate tab 167-250</i>		<i>ursodiol</i>	58
24HR 10-5-1000MG....	mg	16	USTEKINUMAB.....	62
TRIJARDY XR TAB ER	see <i>emtricitabine-</i>		V	
24HR 12.5-2.5-1000MG	<i>tenofovir disoproxil</i>		VAGIFEM	
.....	<i>fumarate tab 200-300</i>		see <i>estradiol vaginal</i> ...	54
TRIJARDY XR TAB ER	mg	16	see <i>yuvafem</i>	54
24HR 25-5-1000MG....	TRUXIMA	26	<i>valacyclovir hcl</i>	17
TRIJARDY XR TAB ER	TUKYSA	26	VALCHLOR	75
24HR 5-2.5-1000MG...49	TURALIO	26	VALCYTE	
TRIKAFTA PAK 59.5MG 70	<i>turqoz</i>	53	see <i>valganciclovir hcl</i> ..	17
TRIKAFTA PAK 75MG ...70	<i>twice-daily clindamycin</i>		<i>valganciclovir hcl</i>	17
TRIKAFTA TAB 100-50-	<i>phosphate (topical)</i>	72	VALIUM	
75MG & 150MG	TWINRIX INJ	64	see <i>diazepam</i>	41
TRIKAFTA TAB 50-25-	TYBOST	16	<i>valproate sodium</i>	43
37.5MG & 75MG	TYENNE	62	<i>valproic acid</i>	43
<i>tri-legest fe</i>	TYGACIL		<i>valsartan</i>	30
TRILEPTAL	see <i>tigecycline</i>	19	<i>valsartan-</i>	
see <i>oxcarbazepine</i>	TYKERB		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>tri-linyah</i>	see <i>lapatinib ditosylate</i>	24	160-12.5 mg	29

<i>valsartan-</i>	<i>see bortezomib</i>.....22	<i>see estradiol</i>.....53
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>velivet</i> .....53	VIVIMUSTA .....20
160-25 mg.....30	VELSIPIITY .....62	VIVITROL .....48
<i>valsartan-</i>	VENCLEXTA .....26	VIVOTIF CAP EC .....65
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	VENCLEXTA TAB START	VIZIMPRO .....26
320-12.5 mg.....30	PK .....26	VONJO .....26
<i>valsartan-</i>	<i>venlafaxine hcl</i>.....37	VOQUEZNA PAK DUAL
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	VENTOLIN HFA.....69	PAK.....58
320-25 mg.....30	VENTOLIN HFA	VOQUEZNA PAK TRIP PK
<i>valsartan-</i>	(INSTITUTIONAL PACK)	.....58
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	.....69	VORANIGO .....26
80-12.5 mg.....29	<i>verapamil hcl</i>.....33	<i>voriconazole</i>.....15
VALTOCO 10 MG DOSE43	VERQUVO.....34	VOSEVI TAB .....17
VALTOCO 15 MG DOSE44	VERSACLOZ.....40	VOTRIENT
VALTOCO 20 MG DOSE44	VERZENIO .....26	<i>see pazopanib hcl</i> .....25
VALTOCO 5 MG DOSE..43	VESICARE	VOWST CAP .....58
VALTRESX	<i>see solifenacin succinate</i>	VRAYLAR.....40
<i>see valacyclovir hcl</i> ....17	.....59	<i>vyfemla</i> .....53
<i>valtya 1/35</i> .....53	<i>vestura</i> .....53	<i>vylibra</i> .....53
<i>valtya 1/50</i> .....53	VFEND	VYTORIN
VANCOCIN	<i>see voriconazole</i> .....15	<i>see ezetimibe-</i>
<i>see vancomycin hcl</i>.....14	VFEND IV	<i>simvastatin tab 10-10</i>
<i>vancomycin hcl</i> .....14	<i>see voriconazole</i> .....15	mg .....31
VANCOMYCIN	VIDAZA	<i>see ezetimibe-</i>
HYDROCHLORIDE	<i>see azacitidine</i> .....20	<i>simvastatin tab 10-20</i>
<i>see vancomycin hcl</i>.....14	<i>vienna</i> .....53	mg .....31
VANCOMYCIN INJ 1 GM14	<i>vigabatrin</i> .....44	<i>see ezetimibe-</i>
VANCOMYCIN INJ 500MG	<i>vigadrone</i> .....44	<i>simvastatin tab 10-40</i>
.....14	VIGAFYDE .....44	mg .....31
VANCOMYCIN INJ 750MG	VIGAMOX	<i>see ezetimibe-</i>
.....14	<i>see moxifloxacin hcl</i>	<i>simvastatin tab 10-80</i>
VANFLYTA .....26	(<i>ophth</i>) .....67	mg .....31
VANOS	VIIBRYD	VYZULTA.....68
<i>see fluocinonide</i> .....74	<i>see vilazodone hcl</i>.....37	W
VAQTA .....64	<i>vilazodone hcl</i>.....37	<i>warfarin sodium</i> .....60
<i>varenicline tartrate</i> .....48	VIMKUNYA.....65	<i>water for irrigation, sterile</i>
<i>varenicline tartrate tab 11 x</i>	VIMPAT	<i>irrigation soln</i>.....75
0.5 mg & 42 x 1 mg start	<i>see lacosamide</i> .....42	WELCHOL
pack .....48	<i>see lacosamide oral</i> ....42	<i>see colesevelam hcl</i>....31
VARIVAX .....65	<i>vincristine sulfate</i> .....22	WELIREG .....22
VASCEPA.....31	<i>vinorelbine tartrate</i> .....22	WELLBUTRIN SR
VASERETIC	<i>viorele</i> .....53	<i>see bupropion hcl</i>.....35
<i>see enalapril maleate &</i>	VIRACEPT.....16	WELLBUTRIN XL
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	VIREAD .....16	<i>see bupropion hcl</i>.....35
10-25 mg .....28	<i>see tenofovir disoproxil</i>	<i>wera</i> .....53
VASOTEC	<i>fumarate</i> .....16	WESTAB PLUS TAB 27-
<i>see enalapril maleate</i> ..28	VITRAKVI .....26	1MG .....66
VAXCHORA SUS .....65	VIVELLE-DOT	WINREVAIR .....34
VELCADE	<i>see dott</i> .....53	WINREVAIR INJ 45MG ..34

WINREVAIR INJ 60MG ..34	XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) .....27	ZEJULA .....27
<i>wixela inhub</i>.....71	XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY).....27	ZELBORAF .....27
WYOST .....51	XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) .....27	<i>zelvysia</i> .....56
X	XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY).....27	ZEMAIRA.....70
XALATAN	XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) .....27	ZEMPLAR
<i>see latanoprost</i>.....68	XTANDI .....21	<i>see paricalcitol</i> .....56
XALKORI .....26	XTRENBO .....51	<i>zenatane</i> .....72
XANAX	<i>xulane</i> .....53	ZENPEP CAP 10000UNT.....58
<i>see alprazolam</i>.....34	XULTOPHY INJ 100/3.6 .51	ZENPEP CAP 15000UNT.....58
<i>xarah fe</i>.....53	XYLOCAINE	ZENPEP CAP 20000UNT.....58
XARELTO .....60	<i>see lidocaine hcl (local anesth.)</i>.....11	ZENPEP CAP 25000UNT.....58
<i>see rivaroxaban</i>.....60	XYLOCAINE-MPF	ZENPEP CAP 3000UNIT58
XARELTO STAR TAB	<i>see lidocaine hcl (local anesth.)</i>.....11	ZENPEP CAP 40000UNT.....58
15/20MG .....60	Y	ZENPEP CAP 5000UNIT58
XATMEP .....63	YASMIN 28	ZENPEP CAP 60000UNT.....58
XCOPRI .....44	<i>see drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i> .....52	ZERVIAE .....67
XCOPRI PAK 100-150....44	<i>see syeda</i>.....53	ZESTORETIC
XCOPRI PAK 12.5-25....44	<i>see zumandimine</i> .....53	<i>see lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....28
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE).....44	YAZ	<i>see lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....28
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION).....44	<i>see drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i> .....52	<i>see lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> .....28
XCOPRI PAK 50-100MG 44	<i>see jasmiel</i> .....52	ZESTRIL
XDEMVY .....67	<i>see loryna</i>.....52	<i>see lisinopril</i> .....28
XELJANZ .....63	<i>see nikki</i> .....52	ZETIA
XELJANZ XR .....63	<i>see vestura</i>.....53	<i>see ezetimibe</i> .....31
XENAZINE	YESINTEK .....63	ZIAGEN
<i>see tetrabenazine</i>.....46	YF-VAX INJ .....65	<i>see abacavir sulfate</i> ....15
XERMELO .....58	YONSA .....21	<i>zidovudine</i>.....16
XHANCE.....71	YUTREPIA.....34	<i>ziprasidone hcl</i>.....40
XIFAXAN .....58	<i>yuvaferm</i> .....54	<i>ziprasidone mesylate</i> .....40
XIGDUO XR TAB 10-1000.....49	Z	ZIRABEV .....27
XIGDUO XR TAB 10- 500MG .....49	<i>zafemy</i> .....53	ZIRGAN .....67
XIGDUO XR TAB 2.5-1000.....49	<i>zafirlukast</i> .....69	ZITHROMAX
XIGDUO XR TAB 5- 1000MG .....49	ZANAFLEX	<i>see azithromycin</i> .....18
XIGDUO XR TAB 5-500MG.....49	<i>see tizanidine hcl</i>.....47	ZOCOR
XIIDRA.....68	ZARONTIN	<i>see simvastatin</i> .....31
XOLAIR .....70	<i>see ethosuximide</i> .....41	<i>zoledronic acid</i>.....51
XOSPATA.....26	ZARXIO .....60	ZOLINZA.....27
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY).....27	ZEGALOGUE .....54	
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY)...26, 27		

ZOLOFT			
<i>see sertraline hcl</i>	36		
<i>zolpidem tartrate</i>	45		
ZONEGRAN			
<i>see zonisamide</i>	44		
ZONISADE.....	44		
<i>zonisamide</i>	44		
ZORTRESS			
		<i>see everolimus</i>	
		<i>(immunosuppressant)</i>	
		.....	64
		<i>zovia 1/35</i>	53
		ZTALMY.....	44
		<i>zumandimine</i>	53
		ZURZUVAE.....	37
		ZYDELIG.....	27
		ZYKADIA.....	27
		ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	67
		ZYPREXA	
		<i>see olanzapine</i>	39
		ZYPREXA RELPREVV...	40
		ZYTIGA	
		<i>see abiraterone acetate</i>	
		.....	20
		<i>see abirtega</i>	20
		ZYVOX	
		<i>see linezolid</i>	13

Aviso de no discriminación



Johns Hopkins Advantage MD (HMO) y Johns Hopkins Advantage MD (PPO) cumplen con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal) edad, discapacidad o sexo (de acuerdo con la definición de discriminación sexual descrita en el Título 45, Sección 92.101(a)(2) del Código de Regulaciones Federales). Johns Hopkins Advantage MD no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Johns Hopkins Advantage MD:

- Ofrece adaptaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados a las personas con discapacidades, incluidos intérpretes cualificados e información en formatos alternativos, como braille o letra grande, de forma gratuita y oportuna, siempre que dichas adaptaciones, ayudas y servicios, sean necesarios para garantizar la accesibilidad y la igualdad de oportunidades de participación a las personas con discapacidades.
- Ofrece servicios de asistencia lingüística, incluida la traducción electrónica y escrita de documentos y la interpretación oral, de forma gratuita y en el momento oportuno, cuando dichos servicios sean una medida razonable para proporcionar un acceso significativo a una persona con un dominio limitado del inglés.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con nuestro Departamento de Atención al Cliente llamando al 1-877-293-5325 (TTY: 711) o visite www.HopkinsMedicare.com.

Si considera que Johns Hopkins Advantage MD no le ha ofrecido estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: El Johns Hopkins Grievance Compliance Coordinator en 7231 Parkway Dr., Suite 100, Hanover, MD 21076, teléfono: 1-844-422-6957 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a .m. a 5:00 p. m. o 1-844-SPEAK2US (1-844-773-2528, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana), fax: 1-410-762-1527 o por correo electrónico: compliance@jhhp.org.

Puede presentar una queja en persona, o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, un coordinador de cumplimiento de Johns Hopkins Advantage MD está a su disposición para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo postal o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-877-293-5325 (TTY: 711) or speak to your provider.

Spanish (Español)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-877-293-5325 (TTY 711) o hable con su proveedor.

Portuguese (Português do Brasil)

ATENÇÃO: Se você fala Português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-877-293-5325 (TTY 711) ou fale com seu provedor.

German (Deutsch)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-877-293-5325 (TTY 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

French (Français)

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-293-5325 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

French/Haitian Creole (Kreyòl Ayisyen)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-877-293-5325 (TTY : 711) oswa pale avèk founisè w la.

Farsi

فارسي

توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1-877-293-5325 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

Simplified Chinese 中文

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-877-293-5325（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

Traditional Chinese 台語

注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-877-293-5325（TTY：711）或與您的提供者討論。」

Korean 한국어

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-877-293-5325 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Vietnamese Việt

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-877-293-5325 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libheng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-877-293-5325 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Russian РУССКИЙ

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-877-293-5325 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Gujarati ગુજરાતી

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-877-293-5325 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Arabic

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-877-293-5325 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

Hindi हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-877-293-5325 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Japanese 日本語

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-877-293-5325（TTY：711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Urdu

اردو

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ -1-
” (800-293-5325 (TTY: 711 پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔“

Thai ไทย

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-877-293-5325 (TTY:711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

Este formulario de medicamentos fue actualizado el 1 de marzo de 2026. Para ver información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) al 1-877-293-4998, los usuarios de TTY pueden llamar al 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite www.hopkinsmedicare.com.