Select Health Medicare | 2026 Lista de medicamentos recetados disponibles Essential

LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

Esta lista de medicamentos recetados disponibles fue actualizada el 11/01/2026

Para obtener información más reciente o formular otras preguntas, llame a Servicios para Miembros de Select Health al **855-442-9900** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), durante las siguientes fechas y horarios:

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

De lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados y domingos, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Del 1 de abril al 30 de septiembre:

De lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados de 9:00 a.m. a 2:00 p.m., los domingos cerrado.

Fuera de este horario de atención, deje un mensaje. Le devolveremos su llamada en el plazo de un día hábil, o visite **selecthealth.org/medicare.**

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Select Health Medicare
Lista de medicamentos recetados disponibles
Essential 2026
Lista de medicamentos cubiertos

POR FAVOR LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS EN ESTE PLAN

Select Health es patrocinador de los planes HMO, SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Select Health Medicare depende de la renovación del contrato.

La red de farmacias de Select Health Medicare + Kroger incluye farmacias preferidas de menor costo limitadas. Es posible que los costos más bajos promocionados en los materiales del plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usa. Para obtener información actualizada acerca de las farmacias de nuestra red, incluyendo si hay farmacias preferidas de menor costo en su área, llame al **800-442-9900 (TTY 711)** o consulte el directorio de farmacias en línea, en **selecthealth.org/medicare/pharmacy**.

Envío de la lista de medicamentos recetados disponibles con aprobación de HPMS ID 26029

© 2026 Select Health. Todos los derechos reservados. 4122500 11/26
H1994_4122500_39 _C

Notice of Availability

Select Health obeys federal civil rights laws. We do not treat you differently because of your race, color, ethnic background or where you come from, age, disability, sex, religion, creed, language, social class, sexual orientation, gender identity or expression, and/or veteran status. This information is available for free in other languages and alternate formats by contacting Select Health Medicare at 1-**855-442-9900 (TTY: 711)**.

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 **1-855-442-9900 (TTY: 711)** or speak to your provider.

Español ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al **1-855-442-9900 (TTY: 711)** o hable con su proveedor.

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 **1-855-442-9900 (TTY: 711)** 或與您的提供者討論。

Tagalog PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng 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 **1-855-442-9900 (TTY: 711)** o makipag-usap sa iyong provider.

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 **1-855-442-9900 (TTY: 711)** ou parlez à votre fournisseur.

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 **1-855-442-9900 (TTY: 711)** hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Deutsch ACHTUNG**:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie **1-855-442-9900 (TTY: 711)** an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

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. **1-855-442-9900 (TTY: 711)** 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

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 **1-855-442-9900 (TTY: 711)** или обратитесь к своему поставщику услуг.

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 **1-855-442-9900 (TTY:711)** أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

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। **1-855-442-9900 (TTY: 711)** पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।.

Italiano ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' **1-855-442-9900 (TTY: 711)** o parla con il tuo fornitore.

Português do Brasil ATENÇÃO: Se você fala Português do Brasil, 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 **1-855-442-9900 (TTY: 711)** ou fale com seu provedor.

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 fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan **1-855-442-9900 (TTY: 711)** oswa pale avèk founisè w la.

Polski UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-**855-442-9900 (TTY: 711)** lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

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。**1-855-442-9900 (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

© 2026 Select Health. All rights reserved. 08/26

Nota para los miembros existentes: Esta lista de medicamentos recetados disponibles cambió desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que usted usa.

Cuando esta lista de medicamentos recetados disponibles (formulario) se refiere a "nosotros", "nos" o "nuestro", nos referimos a Select Health. Cuando se refiere a "plan" o "nuestro plan", significa Select Health Medicare.

Este documento incluye una lista de medicamentos recetados disponibles (formulario) para nuestro plan **que se encuentra vigente desde el** November 1, 2026 . Contáctenos para obtener la Lista de medicamentos recetados disponibles actualizada. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos recetados disponibles (formulario) se encuentra en las páginas de portada y contraportada.

Debe utilizar las farmacias de la red para acceder a su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, la lista de medicamentos recetados disponibles, las farmacias de la red, los copagos y el coseguro pueden modificarse a partir del 1 de enero de 2026, y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el formulario de Select Health Medicare?

En este documento usamos los términos Lista de medicamentos recetados disponibles y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de los medicamentos recetados disponibles que Select Health cubre y seleccionó con el asesoramiento de un equipo de proveedores de atención médica, y abarca las terapias recetadas que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Select Health cubrirá los medicamentos enumerados en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, una farmacia de la red de Select Health Medicare surta la receta y se sigan las demás reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de Cobertura.

¿Puede cambiar la lista de medicamentos recetados disponibles?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1 de enero, pero es posible que durante el año agreguemos o quitemos medicamentos de esta Lista, los cambiemos a un nivel de costo compartido diferente o agreguemos nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web: **selecthealth.org/medicare/pharmacy.**

Cambios que le pueden afectar este año*:* en los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de la cobertura durante el año actual:

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podremos quitar de inmediato un medicamento de marca de nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos con cierta versión nueva de

ese medicamento que aparece en el mismo nivel de costo compartido o uno menor, y con las mismas o menos restricciones. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra lista, pero pasarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.

Solo podemos hacer estos cambios inmediatos si estamos agregando una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o agregando ciertas versiones nuevas biosimilares de un producto biológico original, que ya estaba en la lista de medicamentos recetados disponibles (por ejemplo, agregando un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin una nueva receta).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o producto biológico original, es posible que no le comuniquemos con anticipación antes de hacer ese cambio, pero luego le proporcionaremos la información sobre los cambios específicos que hicimos.

Si hacemos dicho cambio, usted o el profesional que receta nos pueden solicitar hacer una excepción y seguir cubriendo para usted el medicamento que se ha cambiado. Para obtener más información, consulte la sección de abajo titulada “¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles de Select Health Medicare?”.

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

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos determina su retirada por motivos de seguridad o eficacia, podemos retirar inmediatamente el medicamento de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles y avisar posteriormente a los miembros que lo toman.

- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que actualmente están usando un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para sustituir uno de marca que actualmente está en la lista de medicamentos recetados disponibles, o agregar uno nuevo biosimilar para sustituir a un producto biológico original que actualmente está en la lista, o agregar nuevas

restricciones o cambiar el nivel de un medicamento que mantenemos a un costo compartido superior, o ambas cosas, después de agregar un medicamento correspondiente. Podemos eliminar un medicamento de marca de la lista de medicamentos recetados disponibles al agregar un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original al agregar uno biosimilar. También podemos agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o producto biológico original, o pasarlo a otro nivel de costo compartido, o ambas opciones. Podemos hacer cambios según las nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, agregamos una autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos **30 días** antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un miembro solicita resurtir el medicamento, puede recibir un suministro del medicamento para 60 días y la notificación del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o el profesional que receta nos pueden solicitar que hagamos una excepción para usted y sigamos cubriendo el medicamento que ha estado utilizando. La notificación que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la siguiente sección llamada "¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles de Select Health Medicare?"

Cambios que no le afectarán si actualmente utiliza el medicamento. Por lo general, si está usando un medicamento de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles 2026 que estaba cubierto al comienzo del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2026, excepto como se describió anteriormente. Esto significa que estos medicamentos estarán disponibles en el mismo nivel de costo compartido y sin restricciones nuevas para aquellos miembros que los usan durante el resto del año de cobertura. Usted no recibirá una notificación directa este año sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, estos cambios le afectarán y es importante que revise la lista de medicamentos recetados disponibles del año nuevo de beneficios para advertir cualquier cambio en los medicamentos.

La lista de medicamentos recetados disponibles adjunta se encuentra vigente desde el 11/01/2026 . Contáctenos para obtener información actualizada sobre los medicamentos que cubre Select Health Medicare. Nuestra información de contacto se encuentra en las páginas de portada y contraportada. En caso de cambios a mediados de año que no sean de mantenimiento de la lista de medicamentos recetados disponibles durante todo el año del plan, Select Health puede

hacer cambios a través de hojas de erratas que usted recibe por correo. Además, puede visitar **selecthealth.org/medicare** para obtener un enlace a la hoja de erratas.

¿Cómo utilizo la lista de medicamentos recetados disponibles?

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

Por condición médica

La lista de medicamentos recetados disponibles comienza en la **página 1** . Los medicamentos incluidos en esta lista de medicamentos recetados disponibles se agrupan en categorías según el tipo de condiciones médicas que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar una enfermedad cardíaca se enumeran en la categoría Medicamentos cardiovasculares/Agentes hipotensores. Si usted sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la **página 1** . Después busque el nombre de su medicamento en esa categoría.

Por orden alfabético

Si no sabe exactamente en qué categoría está, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la **página 126** . El índice incluye una lista por orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca comercial como los medicamentos genéricos están enumerados en el índice. Busque en el índice para encontrar su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar la información sobre la cobertura. Consulte la página que figura en el índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Select Health Medicare cubre tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos. Un medicamento genérico es aprobado por la FDA porque tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los de marca. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. En general, los medicamentos genéricos se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

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

En la lista de medicamentos recetados disponibles, cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un medicamento en sí o de un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los fármacos típicos. Dado que los productos biológicos son más

complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien que los productos biológicos originales y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Sección 3.1 del Capítulo "La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos".

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** Select Health requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener una aprobación de Select Health antes de surtir sus medicamentos recetados. Si no obtiene la aprobación, es posible que Select Health no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Select Health limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, Select Health proporciona 60 pastillas por receta de lovastatina. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de uno o tres meses.

- **Terapia escalonada:** En algunos casos, Select Health requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición médica. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición médica, puede ser que Select Health no cubra el medicamento B a menos que primero intente con el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, entonces Select Health cubrirá el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales buscando en la lista de medicamentos recetados disponibles que comienza en la **página 1** . También puede obtener más información sobre las restricciones que aplican a ciertos medicamentos cubiertos, visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestra autorización previa y los pasos para las restricciones de terapia escalonada. También nos puede solicitar que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos recetados disponibles se encuentra en las páginas de portada y contraportada.

Puede solicitar a Select Health que haga una excepción a estas restricciones o límites, o solicitar una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición médica. Vea la sección, "¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles de Select Health?" en la **página x** para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?

Los medicamentos OTC son medicamentos de venta libre normalmente cubiertos por un Plan de medicamentos recetados de Medicare. Select Health paga determinados medicamentos de venta libre a través de su tarjeta prepagada de beneficios Mastercard® (Flex Card) de Select Health Medicare. Consulte su ***Evidencia de Cobertura*** para más detalles sobre su cobertura de medicamentos de venta libre. El costo para Select Health de estos medicamentos de venta libre no se tendrá en cuenta para el total de sus costos de medicamentos de la Parte D.

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

Si su medicamento no está incluido en esta lista de medicamentos recetados disponibles (formulario), debe llamar primero a Servicios para Miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si le informan que Select Health Medicare no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que Select Health Medicare cubra. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que Select Health Medicare cubra.

- Puede solicitar a Select Health que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea a continuación la información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles de Select Health Medicare?

Puede solicitar a Select Health que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos que hagamos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento incluso si no se encuentra en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y no podrá solicitarnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.

- Puede pedirnos que renunciemos a una restricción de cobertura, incluyendo la autorización previa, la terapia escalonada o el límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Select Health limita la cantidad del medicamento que cubre. Si su

medicamento tiene un límite de cantidad, nos puede solicitar que otorguemos una exención al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Select Health solo aprobará su solicitud para una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, el medicamento de costo compartido más bajo o la aplicación de restricciones no serían tan eficaces para usted y le provocarían efectos adversos.

Usted o el profesional que receta deben ponerse en contacto con nosotros para solicitarnos una excepción de nivel o a la lista de medicamentos recetados disponibles, incluyendo una excepción a una restricción de cobertura. ***Cuando pida una excepción, el profesional que receta deberá explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.*** En general, debemos tomar una decisión dentro de las **72 horas** siguientes a la recepción de la declaración de respaldo del profesional que receta. Puede pedir una decisión expedita (rápida) si usted cree, y nosotros coincidimos, que su salud se podría ver gravemente perjudicada esperando hasta **72 horas** para una decisión. Si estamos de acuerdo, o si el profesional que receta solicita una decisión rápida, debemos comunicársela a más tardar **24 horas** después de recibir la declaración justificativa del profesional que receta.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en la lista de medicamentos recetados disponibles o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o existente de nuestro plan, es posible que esté usando medicamentos que no se encuentran en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles. O puede estar usando un medicamento que está en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, pero tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe 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 cubramos o solicitar una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles para que cubramos el medicamento que usa. Mientras usted y su médico determinan cuál es el mejor procedimiento para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros **90 días** que sea miembro de nuestro plan.

Por cada uno de sus medicamentos que no se encuentren en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles o si tienen una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de **30 días.** Si le dieron la receta por menos días, permitiremos surtidos para ofrecerle hasta un máximo de **30 días** de suministro del medicamento. Si la cobertura no es aprobada, después de sus primeros **30 días** de suministro, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de **90 días.**

Si usted reside en un centro de atención médica a largo plazo y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles o si su capacidad para obtener

sus medicamentos es limitada, pero pasaron los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de **31 días** de ese medicamento mientras pide una excepción a la lista de medicamentos recetados disponible.

Si usted experimenta un cambio en el nivel de atención, tal como un traslado de un hospital a un entorno de hogar, y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles o si se limita su capacidad para obtener sus medicamentos, cubriremos un suministro temporal de una sola vez de su medicamento hasta por **30 días** (o 31 días si usted reside en un centro de atención médica a largo plazo) cuando use una farmacia de la red. Durante este período, debe seguir el proceso de excepción del plan si desea obtener cobertura continua para el medicamento después de que se acabe el suministro temporal.

Para más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de Select Health Medicare, revise su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Select Health, llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos recetados disponibles se encuentra en las páginas de portada y contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados 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 **www.medicare.gov**.

Lista de medicamentos recetados disponibles de Select Health Medicare

La lista de medicamentos recetados disponibles que comienza en la **página 1** proporciona información de cobertura sobre los medicamentos que Select Health Medicare cubre. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la **página 126** .

La primera columna del cuadro enumera el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (por ej., ADVAIR) y los medicamentos genéricos están en minúsculas e itálicas (por ej., ***simvastatina***).

La segunda columna del cuadro enumera el Nivel del medicamento. La columna de nivel del medicamento le indica el tipo de copago o coseguro que deberá pagar en la farmacia.

La información en la columna de **Requisitos/Límites** le indica si Select Health tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

PA: Requerimos que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos antes de que surta sus recetas.

QL: Limitamos la cantidad del medicamento cubierto a un período de tiempo específico.

ST: Requerimos que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro para esa condición médica.

LA: Este medicamento requiere una manipulación especial o tiene requisitos especiales de dispensación. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su ***Directorio de Proveedores y Farmacias***, o llame a Servicios para Miembros al número gratuito **855-442-9900**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

NM: Este medicamento no está disponible a través de nuestra farmacia de pedido por correo.

HI: Este medicamento recetado está cubierto bajo nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **855-442-9900**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados y domingos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

BvsD: Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o Parte D del beneficio de Medicare.

Consulte su ***Evidencia de Cobertura*** para obtener más información sobre cuánto deberá pagar por sus medicamentos recetados. En las siguientes tablas se indica el monto del deducible anual y la cantidad de copago o coseguro para los medicamentos en cada nivel por área de servicio y nombre del plan.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANTI-INFECTIVE AGENTS		
ANTHELMINTICS		
albendazole 200 mg tab	2	
ivermectin 3 mg tab	3	NM
praziquantel 600 mg tab	3	NM
ANTIBACTERIALS		
amikacin sulfate 500 mg/2ml solution	2	HI
AMOXICILL-CLARITHRO-LANSOPRAZ 500 & 500 & 30 MG THER PACK	3	QL (122 PER 14 DAYS), NM
amoxicillin (125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml)	2	
amoxicillin (amoxicillin 125 mg chew tab, amoxicillin 500 mg cap, amoxicillin 250 mg chew tab, amoxicillin 250 mg cap, amoxicillin 500 mg tab, amoxicillin 875 mg tab)	2	
amoxicillin trihydrate 250 mg/5ml recon susp	2	
amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml)	2	
amoxicillin-pot clavulanate (amoxicillin-pot clavulanate 400-57 mg chew tab, amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg tab, amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg chew tab, amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, amoxicillin-pot clavulanate 250-62.5 mg/5ml recon susp, amoxicillin-pot clavulanate 500-125 mg tab)	2	
ampicillin 500 mg cap	2	
ampicillin sodium (1 gm soln, 10 gm soln)	2	HI
ampicillin sodium 2 gm recon soln	2	HI
ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm soln, 3 (2-1) gm soln, 15 (10-5) gm soln)	2	HI
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	5	QL (252 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
azithromycin (100 mg/5ml, 200 mg/5ml)	2	NM
azithromycin (500 mg tab, 600 mg tab)	2	NM
azithromycin 250 mg tab	2	QL (60 PER 30 DAYS), NM
azithromycin 500 mg recon soln	2	HI, NM
aztreonam (1 gm soln, 2 gm soln)	2	HI, NM
BAXDELA 300 MG RECON SOLN	5	QL (28 PER 14 DAYS), HI, NM
BAXDELA 450 MG TAB	5	QL (28 PER 14 DAYS), NM
BICILLIN C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION	4	NM
BICILLIN C-R 900/300 900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION	4	NM
BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR)	4	NM
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	5	PA, QL (280 PER 30 DAYS), NM
CEFACLOR (250 MG CAP, 500 MG CAP)	2	NM
CEFACLOR ER 500 MG TAB 12H	2	NM
cefadroxil (cefadroxil 500 mg/5ml recon susp, cefadroxil 1 gm tab, cefadroxil 250 mg/5ml recon susp, cefadroxil 500 mg cap)	2	NM
cefazolin sodium (1 gm soln, 10 gm soln, 500 mg soln)	2	HI, NM
cefdinir (125 mg/5ml, 250 mg/5ml)	2	NM
cefdinir 300 mg cap	2	NM
cefepime hcl (1 gm soln, 2 gm soln)	2	HI, NM
cefixime (cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 200 mg/5ml recon susp)	3	NM
CEFIXIME (CEFIXIME 400 MG TAB, CEFIXIME 400 MG CAP)	3	QL (60 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
cefoxitin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)	2	HI, NM
CEFPODOXIME PROXETIL (CEFPODOXIME PROXETIL 200 MG TAB, CEFPODOXIME PROXETIL 50 MG/5ML RECON SUSP, CEFPODOXIME PROXETIL 100 MG TAB, CEFPODOXIME PROXETIL 100 MG/5ML RECON SUSP)	3	NM
cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)	2	NM
ceftaroline fosamil (400 mg soln, 600 mg soln)	4	HI
CEFTAZIDIME (CEFTAZIDIME 6 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 1 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 2 GM RECON SOLN)	2	HI, NM
ceftriaxone sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln, 250 mg soln, 500 mg soln)	2	HI, NM
cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)	3	NM
cefuroxime sodium (1.5 gm soln, 750 mg soln)	3	HI, NM
cephalexin (125 mg/5ml, 250 mg/5ml)	2	NM
cephalexin (250 mg cap, 250 mg tab, 500 mg cap, 500 mg tab)	2	NM
ciprofloxacin hcl (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	2	NM
ciprofloxacin in d5w (ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution, ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution)	2	HI, NM
clarithromycin (clarithromycin 250 mg/5ml recon susp, clarithromycin 250 mg tab, clarithromycin 500 mg tab, clarithromycin 125 mg/5ml recon susp)	2	NM
clarithromycin er 500 mg tab 24h	3	NM
clindamycin hcl (75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap)	2	NM
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln	3	NM

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
clindamycin phosphate (300 mg/2ml, 600 mg/4ml)	2	HI, NM
clindamycin phosphate (9 gm/60ml, 900 mg/6ml)	2	HI, NM
clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml)	2	HI, NM
colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln	2	HI, NM
dalbavancin hcl 500 mg recon soln	4	HI
daptomycin (daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 350 mg recon soln)	2	HI, NM
DAPTOMYCIN 350 MG RECON SOLN	2	
daptomycin 500 mg recon soln	2	QL (150 PER 30 DAYS), HI, NM
DAPTOMYCIN 500 MG RECON SOLN	2	
dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)	3	NM
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	5	ST, QL (136 PER 10 DAYS), NM
doxy 100 mg recon soln	4	HI, NM
doxycycline hyclate (50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)	2	NM
doxycycline hyclate 100 mg recon soln	4	HI
doxycycline hyclate 20 mg tab	2	QL (60 PER 30 DAYS), NM
doxycycline monohydrate (25 mg/5ml recon susp, 50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab)	2	NM
ertapenem sodium 1 gm recon soln	2	HI, NM
erythrocin lactobionate (erythrocin lactobionate 500 mg recon soln, erythrocin lactobionate 500 mg recon soln)	2	HI, NM
erythromycin (250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr)	4	NM
erythromycin base (250 mg tab, 500 mg tab)	2	NM

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
erythromycin base (erythromycin base 500 mg tab dr, erythromycin base 250 mg cp dr part, erythromycin base 250 mg tab dr, erythromycin base 333 mg tab dr)	4	NM
erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp	2	NM
erythromycin ethylsuccinate 400 mg/5ml recon susp	2	
erythromycin lactobionate 500 mg recon soln	4	HI
fidaxomicin 200 mg tab	5	ST, QL (20 PER 10 DAYS), NM
FIRVANQ 25 MG/ML RECON SOLN	3	QL (450 PER 30 DAYS)
FIRVANQ 50 MG/ML RECON SOLN	3	QL (450 PER 30 DAYS)
GENTAMICIN IN SALINE (0.8-0.9 MG/ML-% SOLUTION, 1-0.9 MG/ML-% SOLUTION, 1.2-0.9 MG/ML-% SOLUTION, 1.6-0.9 MG/ML-% SOLUTION)	2	HI, NM
gentamicin sulfate 40 mg/ml solution	2	HI, NM
imipenem-cilastatin (imipenem-cilastatin 500 mg recon soln, imipenem-cilastatin 250 mg recon soln)	4	HI, NM
levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	2	NM
levofloxacin in d5w (in 500 mg/100ml, in 750 mg/150ml)	2	HI, NM
linezolid 100 mg/5ml recon susp	3	NM
linezolid 600 mg tab	3	QL (60 PER 30 DAYS), NM
linezolid 600 mg/300ml solution	3	HI, NM
meropenem (1 gm soln, 500 mg soln)	2	HI, NM
minocycline hcl (50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap)	2	NM
moxifloxacin hcl 400 mg tab	3	NM
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 400 MG/250ML SOLUTION	3	HI, NM

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
nafcillin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)	2	HI, NM
neomycin sulfate 500 mg tab	2	NM
NUZYRA 100 MG RECON SOLN	4	HI, NM
NUZYRA 150 MG TAB	4	QL (30 PER 14 DAYS), NM
ofloxacin (ofloxacin 400 mg tab, ofloxacin 400 mg tab)	3	NM
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE (40000 UNIT/ML SOLUTION, 60000 UNIT/ML SOLUTION)	2	HI, NM
penicillin g potassium 20000000 unit recon soln	2	HI, NM
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	2	HI, NM
penicillin v potassium (penicillin v potassium 125 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg tab, penicillin v potassium 500 mg tab)	2	NM
piperacillin sod-tazobactam so (2.25 (2-0.25) gm ln, 3-0.375 gm ln, 3.375 (3-0.375) gm ln, 4-0.5 gm ln, 4.5 (4-0.5) gm ln, 40.5 (36-4.5) gm ln)	2	HI, NM
piperacillin sod-tazobactam so 13.5 (12-1.5) gm recon ln	2	HI, NM
SIVEXTRO 200 MG RECON SOLN	4	QL (6 PER 30 OVER TIME), HI, NM
SIVEXTRO 200 MG TAB	4	QL (6 PER 30 OVER TIME), NM
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	2	BVD, NM
sulfadiazine 500 mg tab	2	NM
sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 800-160 mg/20ml suspension)	2	NM
sulfamethoxazole-trimethoprim (400-80 mg tab, 800-160 mg tab)	2	NM
sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)	4	NM

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	4	HI, NM
tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)	3	NM
tigecycline 50 mg recon soln	2	HI, NM
tobramycin 300 mg/5ml nebu soln	5	PA, NM
tobramycin sulfate (tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 1.2 gm/30ml solution, tobramycin sulfate 10 mg/ml solution, tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 80 mg/2ml solution)	2	HI, NM
vancomycin hcl (1 gm soln, 10 gm soln, 750 mg soln)	4	HI, NM
vancomycin hcl (125 mg cap, 250 mg cap)	4	QL (120 PER 30 DAYS), NM
vancomycin hcl (50 mg/ml soln, 250 mg/5ml soln)	4	QL (450 PER 30 DAYS), NM
vancomycin hcl 25 mg/ml recon soln	4	QL (450 PER 30 DAYS)
vancomycin hcl 500 mg recon soln	4	HI, NM
VANCOMYCIN HCL 750 MG RECON SOLN	4	
VOWST CAP	5	ST, QL (12 PER 180 OVER TIME), NM
XIFAXAN 200 MG TAB	4	PA, QL (180 PER 30 DAYS), NM
XIFAXAN 550 MG TAB	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS), NM
ANTIFUNGALS		
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	4	HI
amphotericin b liposome 50 mg recon susp	4	HI
caspofungin acetate (50 mg soln, 70 mg soln)	4	HI, NM
CRESEMBA (74.5 MG CAP, 186 MG CAP)	5	PA
fluconazole (10 mg/ml, 40 mg/ml)	3	NM
fluconazole (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	2	NM

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
fluconazole in sodium chloride (in 200-0.9 mg/100ml-%, in 400-0.9 mg/200ml-%)	2	HI, NM
flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)	2	NM
griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)	3	NM
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	3	NM
itraconazole 10 mg/ml solution	3	NM
itraconazole 100 mg cap	3	QL (126 PER 30 DAYS), NM
ketoconazole 200 mg tab	2	NM
micafungin sodium (50 mg soln, 100 mg soln)	2	BVD
NOXAFIL 300 MG PACKET	5	PA, QL (31 PER 30 DAYS), NM
nystatin 100000 unit/ml suspension	2	NM
nystatin 500000 unit tab	2	NM
posaconazole 100 mg tab dr	5	QL (240 PER 30 DAYS)
posaconazole 40 mg/ml suspension	5	NM
terbinafine hcl 250 mg tab	2	QL (90 PER 30 DAYS), NM
VIVJOA 150 MG CAP THPK	4	PA, QL (21 PER 180 OVER TIME), NM
voriconazole (voriconazole 200 mg recon soln, voriconazole 200 mg recon soln)	3	HI, NM
voriconazole 200 mg tab	3	QL (90 PER 30 DAYS), NM
voriconazole 40 mg/ml recon susp	3	QL (450 PER 30 DAYS), NM
voriconazole 50 mg tab	3	QL (360 PER 30 DAYS), NM
ANTIMYCOBACTERIALS		
dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)	3	
ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	2	NM
isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab)	2	NM
PRETOMANID 200 MG TAB	3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
pyrazinamide 500 mg tab	2	NM

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
rifabutin 150 mg cap	2	NM
rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)	3	NM
rifampin 600 mg recon soln	3	HI, NM
rifapentine 150 mg tab	4	QL (32 PER 28 DAYS)
SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)	5	PA, NM
ANTIPROTOZOALS		
atovaquone 750 mg/5ml suspension	4	NM
atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)	3	NM
chloroquine phosphate (chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 500 mg tab)	2	NM
COARTEM 20-120 MG TAB	4	QL (24 PER 30 OVER TIME), NM
hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab)	2	NM
KRINTAFEL 150 MG TAB	4	QL (4 PER 30 OVER TIME), NM
LAMPIT (30 MG TAB, 120 MG TAB)	4	PA, NM
mefloquine hcl 250 mg tab	2	NM
metronidazole (250 mg tab, 375 mg cap)	2	NM
metronidazole (metronidazole 500 mg/100ml solution, metronidazole 500 mg/100ml solution)	2	HI, NM
metronidazole 500 mg tab	2	NM
nitazoxanide 500 mg tab	4	QL (20 PER 10 DAYS), NM
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	2	BVD, HI, NM
primaquine phosphate (primaquine phosphate 26.3 base mg tab, primaquine phosphate 26.3 base mg tab)	2	NM

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
pyrimethamine 25 mg tab	5	
quinine sulfate 324 mg cap	3	NM
tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)	2	NM
ANTIVIRALS		
abacavir sulfate 20 mg/ml solution	4	
abacavir sulfate 300 mg tab	4	QL (180 PER 30 DAYS)
abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab	4	QL (30 PER 30 DAYS)
acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)	1	
acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	2	
acyclovir sodium 50 mg/ml solution	2	HI
adefovir dipivoxil 10 mg tab	3	QL (30 PER 30 DAYS)
amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution)	3	
amantadine hcl 100 mg cap	3	QL (120 PER 30 DAYS)
APTIVUS 250 MG CAP	5	QL (120 PER 30 DAYS)
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	3	QL (60 PER 30 DAYS), NM
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	4	NM
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	5	QL (30 PER 30 DAYS), NM
BIXLENVO 75-50 MG TAB	5	QL (30 PER 30 DAYS)
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK 75-50 & 4 300 MG TAB THPK	5	QL (34 PER 30 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	5	QL (30 PER 30 DAYS)
darunavir 600 mg tab	4	QL (60 PER 30 DAYS), NM
darunavir 800 mg tab	5	QL (30 PER 30 DAYS), NM
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	5	QL (30 PER 30 DAYS), NM
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	5	QL (30 PER 30 DAYS), NM

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
DOVATO 50-300 MG TAB	5	QL (30 PER 30 DAYS), NM
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	5	QL (180 PER 30 DAYS)
efavirenz 600 mg tab	3	QL (60 PER 30 DAYS), NM
efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg	4	QL (30 PER 30 DAYS), NM
efavirenz-lamivudine-tenofovir (efavirenz-lamivudine-tenofovir 400-300-300 mg tab, efavirenz-lamivudine-tenofovir 600-300-300 mg tab)	4	QL (30 PER 30 DAYS), NM
emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg	5	
emtricitabine 200 mg cap	4	QL (30 PER 30 DAYS), NM
emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)	4	QL (30 PER 30 DAYS), NM
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	4	QL (720 PER 30 DAYS), NM
entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)	4	QL (30 PER 30 DAYS), NM
etravirine (100 mg tab, 200 mg tab)	4	NM
EVOTAZ 300-150 MG TAB	4	QL (30 PER 30 DAYS), NM
famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)	2	NM
fosamprenavir calcium 700 mg tab	4	NM
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	5	QL (30 PER 30 DAYS), NM
IDVYNSO 100-0.25 MG TAB	5	QL (30 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	4	NM
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	5	QL (180 PER 30 DAYS), NM
ISENTRESS 100 MG PACKET	5	QL (60 PER 30 DAYS), NM
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	4	QL (180 PER 30 DAYS), NM
ISENTRESS 400 MG TAB	5	QL (60 PER 30 DAYS), NM
ISENTRESS HD 600 MG TAB	5	QL (60 PER 30 DAYS), NM
JULUCA 50-25 MG TAB	5	QL (30 PER 30 DAYS), NM
lamivudine (10 mg/ml, 300 mg/30ml)	4	NM

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
lamivudine (100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)	4	QL (60 PER 30 DAYS), NM
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	4	NM
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 90-400 MG TAB	5	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)
LIVTENCITY 200 MG TAB	5	PA, QL (336 PER 28 DAYS)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab	4	QL (300 PER 30 DAYS), NM
lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab	4	QL (120 PER 30 DAYS), NM
maraviroc (150 mg tab, 300 mg tab)	3	QL (120 PER 30 DAYS), NM
MAVYRET 100-40 MG TAB	5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	5	PA, QL (140 PER 28 DAYS)
nevirapine 200 mg tab	4	QL (60 PER 30 DAYS), NM
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	4	QL (1200 PER 30 DAYS), NM
nevirapine er 400 mg tab 24h	4	QL (30 PER 30 DAYS), NM
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	5	QL (30 PER 30 DAYS), NM
oseltamivir phosphate 30 mg cap	3	QL (84 PER 180 OVER TIME), NM
oseltamivir phosphate 45 mg cap	3	QL (42 PER 180 OVER TIME), NM
oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp	3	NM
oseltamivir phosphate 75 mg cap	3	QL (42 PER 180 OVER TIME), NM
PAXLOVID (150/100) MG & 0MG TAB THPK	3	QL (30 PER 60 OVER TIME), NM
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 10 MG 100MG TAB THPK	3	QL (11 PER 60 OVER TIME), NM
PAXLOVID (300/100) 20 150 MG & 0MG TAB THPK	3	QL (30 PER 60 OVER TIME), NM
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (4 PER 30 OVER TIME), NM
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NM

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PIFELTRO 100 MG TAB	5	QL (30 PER 30 DAYS), NM
PREVYMIS (20 MG PACKET, 120 MG PACKET)	5	PA, QL (800 PER 365 OVER TIME)
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	5	PA, QL (200 PER 365 OVER TIME)
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	5	QL (30 PER 30 DAYS), NM
PREZCOBIX PED 600-90 MG TAB SOL	5	QL (30 PER 30 DAYS), NM
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	5	QL (360 PER 30 DAYS), NM
PREZISTA 150 MG TAB	5	QL (180 PER 30 DAYS), NM
PREZISTA 75 MG TAB	4	QL (60 PER 30 DAYS), NM
raltegravir potassium 400 mg tab	5	
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	4	QL (60 PER 30 DAYS), NM
REYATAZ 50 MG PACKET	5	QL (240 PER 30 DAYS), NM
RIBAVIRIN 200 MG CAP	3	QL (210 PER 30 DAYS), NM
RIBAVIRIN 200 MG TAB	3	QL (210 PER 30 DAYS), NM
rilpivirine hcl 25 mg tab	5	QL (60 PER 30 DAYS), NM
ritonavir 100 mg tab	4	QL (450 PER 30 DAYS), NM
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	5	QL (60 PER 30 DAYS)
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 400-100 MG TAB	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	5	QL (30 PER 30 DAYS), NM
SUNLENCA 300 MG TAB	5	QL (5 PER 28 OVER TIME), NM
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	5	QL (4 PER 180 OVER TIME), NM
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	5	QL (5 PER 180 OVER TIME), NM
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	5	QL (30 PER 30 DAYS), NM
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab	3	QL (30 PER 30 DAYS), NM
TIVICAY 50 MG TAB	5	QL (60 PER 30 DAYS), NM

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	5	QL (180 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	5	QL (30 PER 30 DAYS), NM
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	5	QL (180 PER 30 DAYS)
valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)	2	QL (120 PER 30 DAYS), NM
valganciclovir hcl 450 mg tab	3	QL (90 PER 30 DAYS), NM
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	3	NM
VEMLIDY 25 MG TAB	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT (250 MG TAB, 625 MG TAB)	5	NM
VIREAD (150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)	5	QL (30 PER 30 DAYS), NM
VIREAD 40 MG/GM POWDER	5	NM
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	5	PA, QL (28 PER 28 DAYS)
XOFLUZA (40 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	4	QL (8 PER 365 OVER TIME), NM
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	4	QL (8 PER 365 OVER TIME), NM
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 2 40 TAB THPK	4	QL (8 PER 365 OVER TIME), NM
zidovudine (50 mg/5ml syrup, 100 mg cap, 300 mg tab)	4	NM
URINARY ANTI-INFECTIVES		
fosfomycin tromethamine 3 gm packet	3	NM
methenamine hippurate 1 gm tab	3	NM
nitrofurantoin (25 mg/5ml suspension, 50 mg/10ml suspension)	3	PA, NM
nitrofurantoin macrocrystal (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	3	NM
nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap	3	NM
polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
trimethoprim (trimethoprim 100 mg tab, trimethoprim 100 mg tab)	2	NM
ANTIHISTAMINE DRUGS		
FIRST GENERATION ANTIHISTAMINES		
cyproheptadine hcl 2 mg/5ml syrup	2	QL (4500 PER 30 DAYS)
cyproheptadine hcl 4 mg tab	3	QL (450 PER 30 DAYS)
promethazine hcl (12.5 mg suppos, 25 mg suppos)	3	
promethazine hcl (6.25 mg/5ml solution, 12.5 mg tab, 12.5 mg/10ml solution, 25 mg tab, 50 mg tab)	2	
PROMETHEGAN (PROMETHEGAN 50 MG SUPPOS, PROMETHEGAN 25 MG SUPPOS)	3	
SECOND GENERATION ANTIHISTAMINES		
cetirizine hcl (1 mg/ml, 5 mg/5ml)	2	QL (300 PER 30 DAYS)
desloratadine 5 mg tab	2	QL (30 PER 30 DAYS)
levocetirizine dihydrochloride 2.5 mg/5ml solution	2	
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab	2	QL (30 PER 30 DAYS)
ANTINEOPLASTIC AGENTS		
abiraterone acetate 250 mg tab	3	QL (120 PER 30 DAYS)
abirtega 250 mg tab	3	QL (120 PER 30 DAYS)
AKEEGA (50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ALECENSA 150 MG CAP	5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ALUNBRIG 30 MG TAB	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	5	PA, QL (30 PER 180 OVER TIME)
AUGTYRO 160 MG CAP	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUGTYRO 40 MG CAP	5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER	5	PA, QL (66 PER 28 OVER TIME)
AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
BALVERSA (3 MG TAB, 4 MG TAB, 5 MG TAB)	5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
BEQALZI (1 MG TAB, 5 MG TAB, 20 MG TAB)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
BEQALZI 80 MG TAB	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
BEQALZI STARTER PACK 1 & 5 & 20 & 80 MG TAB THPK	5	PA, QL (44 PER 180 OVER TIME)
bexarotene 75 mg cap	5	PA
bicalutamide 50 mg tab	2	QL (30 PER 30 DAYS)
BOSULIF 100 MG CAP	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
BOSULIF 50 MG CAP	5	PA, QL (210 PER 30 DAYS)
BOSULIF 500 MG TAB	5	
bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
bosutinib 100 mg tab	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
BRAFTOVI 75 MG CAP	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
BRUKINSA 160 MG TAB	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
CALQUENCE 100 MG TAB	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CAPRELSA (100 MG TAB, 300 MG TAB)	5	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 KIT	5	PA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 & 80 KIT	5	PA

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 KIT	5	PA
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
COTELLIC 20 MG TAB	5	PA, LA, QL (63 PER 28 DAYS)
CYCLOPHOSPHAMIDE (CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TAB)	2	BVD
DANZITEN (71 MG TAB, 95 MG TAB)	5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab, 70 mg tab, 80 mg tab, 100 mg tab, 140 mg tab)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAURISMO 100 MG TAB	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAURISMO 25 MG TAB	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ENSACOVE (25 MG CAP, 100 MG CAP)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ERIVEDGE 150 MG CAP	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ERLEADA 240 MG TAB	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ERLEADA 60 MG TAB	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
erlotinib hcl 25 mg tab	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ETCAMAH 75 MG TAB	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
EULEXIN 125 MG CAP	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
everolimus (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)	5	QL (120 PER 30 DAYS), BVD
everolimus (2 mg tab, 3 mg tab, 5 mg tab)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
everolimus 0.25 mg tab	4	QL (120 PER 30 DAYS), BVD
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	5	PA, QL (21 PER 28 OVER TIME)
FRUZAQLA 1 MG CAP	5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
FRUZAQLA 5 MG CAP	5	PA, QL (21 PER 28 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
GAVRETO 100 MG CAP	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
gefitinib 250 mg tab	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GOMEKLI (1 MG CAP, 1 MG TAB SOL)	5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
GOMEKLI 2 MG CAP	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
HERNEXEOS 60 MG TAB	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
hydroxyurea 500 mg cap	2	
HYRNUO 10 MG TAB	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IBRANCE (75 MG TAB, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB)	5	PA, QL (21 PER 28 OVER TIME)
IBTROZI 200 MG CAP	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
IDHIFA (50 MG TAB, 100 MG TAB)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
imatinib mesylate 100 mg tab	3	QL (90 PER 30 DAYS)
imatinib mesylate 400 mg tab	3	QL (60 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA (70 MG CAP, 140 MG TAB, 280 MG TAB, 420 MG TAB)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 140 MG CAP	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	5	PA, QL (216 PER 30 DAYS)
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	5	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
INLURIYO 200 MG TAB	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
INLYTA 1 MG TAB	5	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
INLYTA 5 MG TAB	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
INQOVI 35-100 MG TAB	5	PA, QL (5 PER 28 OVER TIME)
INREBIC 100 MG CAP	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ITOVEBI 3 MG TAB	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ITOVEBI 9 MG TAB	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
IWILFIN 192 MG TAB	5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
JAKAFI XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H, 33 MG TAB ER 24H, 44 MG TAB ER 24H, 55 MG TAB ER 24H)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
JAYPIRCA 100 MG TAB	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
JAYPIRCA 50 MG TAB	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
JIDEYTRO 100 MG TAB	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
JIDEYTRO 25 MG TAB	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
KISQALI (200 MG DOSE) (TAB THPK	5	PA, QL (63 PER 28 DAYS)
KISQALI (400 MG DOSE) 200 TAB THPK	5	PA, QL (63 PER 28 DAYS)
KISQALI (600 MG DOSE) 200 TAB THPK	5	PA, QL (63 PER 28 DAYS)
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) (& 2.5 TAB THPK	5	PA, QL (49 PER 28 DAYS)
KOMZIFTI 200 MG CAP	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
KOSELUGO (10 MG CAP, 25 MG CAP)	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	5	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	5	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
KRAZATI 200 MG TAB	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
lapatinib ditosylate 250 mg tab	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
LAZCLUZE 240 MG TAB	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LAZCLUZE 80 MG TAB	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
lenalidomide (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap)	5	PA, LA, QL (28 PER 28 DAYS)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) CAP THPK	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 CAP THPK	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) (110 & CAP THPK	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 & 2 X 4 CAP THPK	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) (0 X 10 CAP THPK	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) (X 10 & CAP THPK	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) (CAP THPK	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 CAP THPK	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LEUKERAN 2 MG TAB	5	PA
LIFYORLI (125 MG DOSE) (X & X 00 CAP THPK	5	PA, QL (18 CAPS PER 28 DAYS)
LIFYORLI (150 MG DOSE) (50 2 X 25 & X 00 CAP THPK	5	PA, QL (28 CAPS PER 28 DAYS)
lomustine (40 mg cap, 100 mg cap)	5	PA
lomustine 10 mg cap	4	PA
LONSURF (15-6.14 MG TAB, 20-8.19 MG TAB)	5	PA, QL (80 PER 28 DAYS)
LORBRENA 100 MG TAB	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LORBRENA 25 MG TAB	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LUMAKRAS 120 MG TAB	5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
LUMAKRAS 240 MG TAB	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
LUMAKRAS 320 MG TAB	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
LYSODREN 500 MG TAB	5	
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
MATULANE 50 MG CAP	5	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	5	PA, QL (1200 PER 30 DAYS)
MEKINIST 0.5 MG TAB	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
MEKINIST 2 MG TAB	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
MEKTOVI 15 MG TAB	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension	5	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
mercaptopurine 50 mg tab	2	
METHOTREXATE SODIUM (50 MG/2ML SOLUTION, 250 MG/10ML SOLUTION)	2	BVD
methotrexate sodium (pf) (methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution, methotrexate sodium (pf) 250 mg/10ml solution, methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 1000 mg/40ml solution)	2	BVD
methotrexate sodium 2.5 mg tab	2	
MIMRYLO (9.5 MG RECON SOLN, 19 MG RECON SOLN, 28 MG RECON SOLN, 54 MG RECON SOLN)	5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
MIMRYLO 41 MG RECON SOLN	5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
MODEYSO 125 MG CAP	5	PA, QL (20 PER 28 OVER TIME)
NERLYNX 40 MG TAB	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
nilotinib hcl (50 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap)	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
nilutamide (nilutamide 150 mg tab, nilutamide 150 mg tab)	5	
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	5	PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
NUBEQA 300 MG TAB	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ODOMZO 200 MG CAP	5	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
OGSIVEO (100 MG TAB, 150 MG TAB)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OJEMDA 100 MG TAB	5	PA, QL (24 PER 28 OVER TIME)
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	5	PA, QL (96 PER 28 OVER TIME)
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	5	PA, QL (14 PER 28 OVER TIME)
ORSERDU 345 MG TAB	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ORSERDU 86 MG TAB	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
pazopanib hcl 200 mg tab	5	PA
PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB)	5	PA, LA
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) (TAB THPK	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & TAB THPK	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 TAB THPK	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)	5	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
QINLOCK 50 MG TAB	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RASONQUE 100 MG TAB	5	PA, QL (90 TAB PER 30 DAYS)
RASONQUE 150 MG TAB	5	PA, QL (60 TAB PER 30 DAYS)
RASUVO 10 MG/0.2ML SOLN A-INJ	3	ST, QL (0.8 PER 28 OVER TIME)
RASUVO 12.5 MG/0.25ML SOLN A-INJ	3	ST, QL (1 PER 28 OVER TIME)
RASUVO 15 MG/0.3ML SOLN A-INJ	3	ST, QL (1.2 PER 28 OVER TIME)
RASUVO 17.5 MG/0.35ML SOLN A-INJ	3	ST, QL (1.4 PER 28 OVER TIME)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
RASUVO 20 MG/0.4ML SOLN A-INJ	3	ST, QL (1.6 PER 28 OVER TIME)
RASUVO 22.5 MG/0.45ML SOLN A-INJ	3	ST, QL (1.8 PER 28 OVER TIME)
RASUVO 25 MG/0.5ML SOLN A-INJ	3	ST, QL (2 PER 28 OVER TIME)
RASUVO 30 MG/0.6ML SOLN A-INJ	3	ST, QL (2.4 PER 28 OVER TIME)
RASUVO 7.5 MG/0.15ML SOLN A-INJ	3	ST, QL (0.6 PER 28 OVER TIME)
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
RETEVMO 40 MG TAB	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
RETEVMO 80 MG TAB	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
REVUFORJ 110 MG TAB	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
REVUFORJ 160 MG TAB	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
REVUFORJ 25 MG TAB	5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
REZLIDHIA 150 MG CAP	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
ROZLYTREK 100 MG CAP	5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
ROZLYTREK 200 MG CAP	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ROZLYTREK 50 MG PACKET	5	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
RYDAPT 25 MG CAP	5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
SCEMBLIX 100 MG TAB	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SCEMBLIX 20 MG TAB	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SCEMBLIX 40 MG TAB	5	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
sorafenib tosylate 200 mg tab	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
STIVARGA 40 MG TAB	5	PA, QL (84 PER 21 DAYS)
sunitinib malate (25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
sunitinib malate 12.5 mg cap	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TABLOID LOID 40 MG	5	PA
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	5	PA, QL (900 PER 30 DAYS)
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	5	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TALZENNA 0.25 MG CAP	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
TEPMETKO 225 MG TAB	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TIBSOVO 250 MG TAB	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
torpenz (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	5	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
tretinoin 10 mg cap	5	QL (360 PER 30 DAYS)
TREXALL (5 MG TAB, 7.5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB)	3	
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK)	5	PA, QL (64 PER 28 DAYS)
TRUQAP (200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	5	PA, QL (64 PER 28 OVER TIME)
TUKYSA (50 MG TAB, 150 MG TAB)	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TURALIO 125 MG CAP	5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
VANFLYTA 17.7 MG TAB	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VANFLYTA 26.5 MG TAB	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VENCLEXTA 10 MG TAB	4	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VENCLEXTA 100 MG TAB	5	PA, QL (240 PER 40 DAYS)
VENCLEXTA 50 MG TAB	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VEPPANU 100 MG TAB	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VEPPANU 200 MG TAB	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VERZENIO (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VIJOICE (50 MG TAB THPK, 125 MG TAB THPK)	5	PA, QL (28 PER 28 DAYS)
VIJOICE 200 & 50 MG TAB THPK	5	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
VIJOICE 50 MG PACKET	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VITRAKVI 100 MG CAP	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	5	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
VITRAKVI 25 MG CAP	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
VONJO 100 MG CAP	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VORANIGO 10 MG TAB	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VORANIGO 40 MG TAB	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WELIREG 40 MG TAB	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 50 MG CAP SPRINK)	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XALKORI (200 MG CAP, 250 MG CAP)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
XOSPATA 40 MG TAB	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 TAB THPK	5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 TAB THPK	5	PA, QL (16 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) TAB THPK	5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	5	PA, QL (24 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 TAB THPK	5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	5	PA, QL (32 PER 28 OVER TIME)
XTANDI (40 MG CAP, 40 MG TAB, 80 MG TAB)	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
yulithira (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ZEGFROVY (150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ZELBORAF 240 MG TAB	5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
ZENBEXUS (0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ZOLINZA 100 MG CAP	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ZYKADIA 150 MG TAB	5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)

ANTITOXINS, IMMUNE GLOBULINS, TOXOIDS, AND VACCINES

ANTITOXINS AND IMMUNE GLOBULINS

BIVIGAM (5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION)	5	PA
GAMMAGARD (1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 30 GM/300ML SOLUTION)	5	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA (5 GM RECON SOLN, 10 GM RECON SOLN)	5	PA
GAMMAKED 1 GM/10ML SOLUTION	5	PA
GAMMAPLEX (5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION)	5	PA

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
GAMUNEX-C 1 GM/10ML SOLUTION	5	PA
OCTAGAM (1 GM/20ML SOLUTION, 2 GM/20ML SOLUTION, 2.5 GM/50ML SOLUTION, 5 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 25 GM/500ML SOLUTION)	5	PA
OCTAGAM 30 GM/300ML SOLUTION	5	PA
PRIVIGEN (5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION)	5	PA
TOXOIDS		
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	3	$0 (PREVENTIVE)
BOOSTRIX 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR	3	$0 (PREVENTIVE)
DAPTACEL 23-15-5SUSPENSION	3	$0 (PREVENTIVE)
INFANRIX 25-58-10SUSPENSION	3	$0 (PREVENTIVE)
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	3	$0 (PREVENTIVE)
PEDIARIX SUSPPRSYR	3	
PENTACEL RECONSUSP	3	
QUADRACEL 0.5 ML SUSP PRSYR	3	$0 (PREVENTIVE)
QUADRACEL SUSPENSION	3	
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	3	$0 (PREVENTIVE)
VACCINES		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	3	QL (1 PER 999 OVER TIME), $0 (PREVENTIVE)
ACTHIB RECONSOLN	3	
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	3	QL (1 PER 999 OVER TIME), $0 (PREVENTIVE)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	3	$0 (PREVENTIVE)
BEXSERO SUSPPRSYR	3	$0 (PREVENTIVE)
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	3	BVD, $0 (PREVENTIVE)
GARDASIL 9 (9 SUSPENSION, 9 0.5 ML SUSP PRSYR)	3	$0 (PREVENTIVE)
HAVRIX (720 U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 U/0.5ML SUSPENSION, 1440 U/ML SUSP PRSYR)	3	$0 (PREVENTIVE)
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	3	BVD, $0 (PREVENTIVE)
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	3	$0 (PREVENTIVE)
IPOL SUSPENSION	3	$0 (PREVENTIVE)
IXIARO SUSPENSION	3	$0 (PREVENTIVE)
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	3	$0 (PREVENTIVE)
M-M-R II RECONSOLN	3	$0 (PREVENTIVE)
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	3	$0 (PREVENTIVE)
MENVEO RECONSOLN	3	$0 (PREVENTIVE)
MENVEO SOLUTION	3	$0 (PREVENTIVE)
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	3	QL (1 PER 999 OVER TIME), $0 (PREVENTIVE)
PEDVAXHIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	3	
PENBRAYA RECONSUSP	3	$0 (PREVENTIVE)
PENMENVY RECONSUSP	3	$0 (Preventive)
PRIORIX RECONSUSP	3	$0 (PREVENTIVE)
PROQUAD RECONSUSP	3	$0 (PREVENTIVE)
RABAVERT RECONSUSP	3	$0 (PREVENTIVE)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION, 10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION)	3	BVD, $0 (PREVENTIVE)
ROTARIX SUSPENSION	3	$0 (PREVENTIVE)
ROTATEQ SOLUTION	3	$0 (PREVENTIVE)
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	3	$0 (PREVENTIVE)
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	3	$0 (Preventive)
TICOVAC (1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR, 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR)	3	$0 (PREVENTIVE)
TRUMENBA SUSPPRSYR	3	$0 (PREVENTIVE)
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	3	BVD, $0 (PREVENTIVE)
TYPHIM VI 25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	3	$0 (PREVENTIVE)
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION, 50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	3	$0 (PREVENTIVE)
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	3	$0 (Preventive)
VAXCHORA RECONSUSP	3	PA, $0 (PREVENTIVE)
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	3	PA, $0 (PREVENTIVE)
VIVOTIF CAPDR	3	PA, QL (4 PER 999 OVER TIME), $0 (Preventive)
YF-VAX RECONSUSP	3	$0 (PREVENTIVE)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
AUTONOMIC DRUGS		
ANTICHOLINERGIC AGENTS		
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	3	QL (60 PER 30 DAYS)
BEVESPI AEROSPHERE 9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	4	ST, QL (10.7 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE (160-18-4.8 MCG/ACT AEROSOL, 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL)	3	QL (10.7 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	3	QL (8 PER 30 DAYS)
dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)	2	QL (240 PER 30 DAYS)
dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution	2	QL (2400 PER 30 DAYS)
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab	4	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	4	
glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)	2	
glycopyrrolate 1 mg/5ml solution	3	
ipratropium bromide 0.02 % solution	2	BVD
ipratropium bromide hfa 17 mcg/act aero soln	4	
ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution	2	BVD
methscopolamine bromide 2.5 mg tab	2	
methscopolamine bromide 5 mg tab	2	
scopolamine 1 mg/3days patch 72hr	3	QL (10 PER 28 OVER TIME)
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	3	QL (30 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACT AERO SOLN	3	QL (4 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT 2.5 MCG/ACT AERO SOLN	3	QL (4 PER 30 DAYS)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	3	QL (4 PER 30 DAYS)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	3	QL (60 PER 30 DAYS)
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	3	QL (60 PER 30 DAYS)
UMECLIDINIUM ELLIPTA 62.5 MCG/INH AER POW BA	3	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
AUTONOMIC DRUGS, MISCELLANEOUS		
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	5	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk	3	
varenicline tartrate 0.5 mg tab	3	
varenicline tartrate 1 mg tab	3	
varenicline tartrate(continue) 1 mg tab	3	
PARASYMPATHOMIMETIC (CHOLINERGIC) AGENTS		
bethanechol chloride (5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	2	
donepezil hcl (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 23 mg tab)	2	
galantamine hydrobromide (4 mg tab, 8 mg tab, 12 mg tab)	2	
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 4 MG/ML SOLUTION	3	
galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er, er 16 mg cap er, er 24 mg cap er)	3	
pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	3	
pyridostigmine bromide (pyridostigmine bromide 30 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution)	3	
pyridostigmine bromide er 180 mg tab	3	
rivastigmine (4.6 mg/patch, 9.5 mg/patch, 13.3 mg/patch)	3	
rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
baclofen (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	2	
carisoprodol 350 mg tab	2	QL (120 PER 30 DAYS)
cyclobenzaprine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	2	
metaxalone 800 mg tab	3	
methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)	2	
SOHONOS (1 MG CAP, 1.5 MG CAP)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SOHONOS 10 MG CAP	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SOHONOS 5 MG CAP	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)	2	
tizanidine hcl 2 mg cap	2	ST, QL (540 PER 30 DAYS)
tizanidine hcl 4 mg cap	2	ST, QL (270 PER 30 DAYS)
tizanidine hcl 6 mg cap	2	ST, QL (180 PER 30 DAYS)
SYMPATHOLYTIC (ADRENERGIC BLOCKING) AGENTS		
alfuzosin hcl er 10 mg tab 24h	2	
dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution	3	PA
dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap	3	QL (30 PER 30 DAYS)
phenoxybenzamine hcl 10 mg cap	5	PA, QL (3600 PER 30 DAYS)
silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)	2	QL (30 PER 30 DAYS)
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SYMPATHOMIMETIC (ADRENERGIC) AGENTS		
albuterol sulfate (0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/3ml soln, (2.5 mg/3ml) 0.083% soln, 2.5 mg/0.5ml soln, (5 mg/ml) 0.5% soln)	2	BVD
albuterol sulfate (2 mg tab, 2 mg/5ml syrup, 4 mg tab, 8 mg/20ml syrup)	2	
albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln	2	QL (36 PER 30 OVER TIME)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
arformoterol tartrate 15 mcg/2ml nebu soln	3	QL (120 PER 30 DAYS), BVD
AUVI-Q (0.15 MG/0.15ML SOLN A-INJ, 0.3 MG/0.3ML SOLN A-INJ)	3	
AUVI-Q 0.1 MG/0.1ML SOLN A-INJ	3	
BREO ELLIPTA (50-25 MCG/INH AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/ACT AER POW BA	3	QL (60 PER 30 DAYS)
breyna (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)	4	QL (20.4 PER 30 DAYS)
budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)	4	QL (20.4 PER 30 DAYS)
droxidopa (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	4	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
EPINEPHRINE (0.15 MG/0.15ML SOLN A-INJ, 0.3 MG/0.3ML SOLN A-INJ)	3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
epinephrine (0.15 mg/0.3ml soln, 0.3 mg/0.3ml soln)	3	
fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL)	3	QL (12 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (55-14 MCG/ACT AER POW BA, 113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA)	3	QL (1 PER 30 DAYS)
formoterol fumarate 20 mcg/2ml nebu soln	4	QL (120 PER 30 DAYS), BVD
levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml soln, 0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/0.5ml soln, 1.25 mg/3ml soln)	2	BVD
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	2	
lofexidine hcl 0.18 mg tab	5	PA, QL (224 PER 30 OVER TIME)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	3	
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	3	QL (60 PER 30 DAYS)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACT AERO SOLN	3	QL (4 PER 30 DAYS)
terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)	2	
VENTOLIN HFA 108 (90 BASE) MCG/ACT AERO SOLN	3	QL (36 PER 30 DAYS)
wixela inhub (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
BLOOD DERIVATIVES		
PROLASTIN-C (1000 MG/20ML SOLUTION, 4000 MG/80ML SOLUTION)	5	PA
BLOOD FORMATION, COAGULATION, AND THROMBOSIS AGENTS		
ANTITHROMBOTIC AGENTS		
CABLIVI 11 MG KIT	5	PA, QL (31 PER 30 DAYS)
cilostazol (50 mg tab, 100 mg tab)	2	
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 TAB SOL	3	QL (448 PER 28 DAYS)
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	3	QL (448 PER 28 DAYS)
ELIQUIS 2.5 MG TAB	3	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 5 MG TAB	3	QL (74 PER 30 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
jantoven (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	1	
pentoxifylline er 400 mg tab	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TAVALISSE (100 MG TAB, 150 MG TAB)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ticagrelor 60 mg tab	3	QL (60 PER 30 DAYS)
warfarin sodium (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	1	
BLOOD FORMATION, COAGULATION, AND THROMBOSIS AGENTS		
HEMATOPOIETIC AGENTS		
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 500 MCG/ML SOLN PRSYR)	5	BVD
ARANESP (ALBUMIN FREE) (25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 60 MCG/ML SOLUTION)	3	BVD
ARANESP (ALBUMIN FREE) 10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR	3	BVD
DOPTELET 20 MG TAB	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 25 mg packet)	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine 75 mg tab	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
EPOGEN (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION)	4	BVD
FILKRI (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	5	PA

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	BVD
FYLNETRA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	PA
GRANIX (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	5	BVD
LEUKINE 250 MCG RECON SOLN	5	PA
MULPLETA 3 MG TAB	5	PA, QL (7 PER 30 OVER TIME)
NEULASTA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	PA
NEUPOGEN (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	5	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	5	BVD
NYVEPRIA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	PA
RELEUKO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	5	PA
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION)	3	BVD
RETACRIT (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	3	BVD
STIMUFEND 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	5	BVD
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	5	PA

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ZIEXTENZO 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	PA
BLOOD FORMATION, COAGULATION, AND THROMBOSIS AGENTS		
ANTIHEMORRHAGIC AGENTS		
tranexamic acid 650 mg tab	3	QL (30 PER 30 DAYS)
BLOOD FORMATION,COAGULATION & THROMBOSIS AGENTS		
tranexamic acid 650 mg tab	3	
ANTITHROMBOTIC AGENTS		
anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)	2	
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	1	QL (30 PER 30 DAYS)
dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap)	4	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 TAB SOL	3	QL (448 PER 28 DAYS)
ELIQUIS 0.15 MG CAP SPRINK	3	QL (70 PER 28 DAYS)
enoxaparin sodium (30 mg/0.3ml soln, 40 mg/0.4ml soln, 60 mg/0.6ml soln, 80 mg/0.8ml soln, 100 mg/ml soln, 120 mg/0.8ml soln, 150 mg/ml soln)	3	
fondaparinux sodium (5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml, 10 mg/0.8ml)	5	QL (30 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution	4	QL (30 PER 30 DAYS)
heparin sodium (porcine) (5000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml)	3	
heparin sodium (porcine) +rfid 1000 unit/ml solution	3	
heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml solution	3	
heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution	3	
prasugrel hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	2	QL (30 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ticagrelor 90 mg tab	3	QL (60 PER 30 DAYS)
XARELTO (10 MG TAB, 20 MG TAB)	3	QL (30 PER 30 DAYS)
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	3	QL (600 PER 30 DAYS)
XARELTO 15 MG TAB	3	QL (42 PER 30 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	3	QL (60 PER 30 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	3	QL (102 PER 365 OVER TIME)

CARDIOVASCULAR DRUGS

ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS

doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	2	
prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	2	
terazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	1	

ANTILIPEMIC AGENTS

amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab, 10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	1	
cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	3	QL (720 PER 30 DAYS)
cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	3	QL (1195 PER 30 DAYS)
colesevelam hcl 3.75 gm packet	4	QL (180 PER 30 DAYS)
colesevelam hcl 625 mg tab	3	QL (180 PER 30 DAYS)
colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)	3	QL (900 PER 30 DAYS)
colestipol hcl 1 gm tab	3	QL (480 PER 30 DAYS)
ezetimibe 10 mg tab	1	QL (30 PER 30 DAYS)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
fenofibrate (48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap, 134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
fenofibrate micronized (43 mg cap, 67 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
fenofibric acid (45 mg cap dr, 135 mg cap dr)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)	1	
gemfibrozil 600 mg tab	2	QL (60 PER 30 DAYS)
icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)	4	QL (120 PER 30 DAYS)
JUXTAPID (2 MG CAP, 5 MG CAP, 10 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
NEXLETOL 180 MG TAB	3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NEXLIZET 180-10 MG TAB	3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
niacin er (antihyperlipidemic) (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er, er 1000 mg tab er)	2	QL (120 PER 30 DAYS)
omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap	3	QL (120 PER 30 DAYS)
pitavastatin calcium (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	1	ST
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	1	
prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	3	QL (1195 PER 30 DAYS)
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	3	PA, QL (3 PER 30 OVER TIME)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	3	PA, QL (3 PER 30 OVER TIME)
rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	1	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)	2	
atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	2	
atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)	2	
betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)	2	
bisoprolol fumarate (bisoprolol fumarate 2.5 mg tab, bisoprolol fumarate 5 mg tab, bisoprolol fumarate 10 mg tab)	2	
bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)	2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	2	
carvedilol (3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab)	1	
carvedilol phosphate er (er 10 mg cap er, er 20 mg cap er, er 40 mg cap er, er 80 mg cap er)	3	
labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)	1	
metoprolol succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)	1	
metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	1	
metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	3	
nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	3	
nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 20 mg tab)	2	QL (90 PER 30 DAYS)
nebivolol hcl 10 mg tab	2	QL (120 PER 30 DAYS)
pindolol (5 mg tab, 10 mg tab)	2	
propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)	1	
PROPRANOLOL HCL (PROPRANOLOL HCL 40 MG/5ML SOLUTION, PROPRANOLOL HCL 20 MG/5ML SOLUTION)	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
propranolol hcl er (er 60 mg cap er, er 80 mg cap er, er 120 mg cap er, er 160 mg cap er)	2	
sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)	4	
sotalol hcl (af) (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)	4	
sotalol hcl 80 mg tab	4	
timolol maleate (timolol maleate 20 mg tab, timolol maleate 5 mg tab, timolol maleate 10 mg tab, timolol maleate 20 mg tab, timolol maleate 5 mg tab)	2	
CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS		
amlodipine besy-benazepril hcl (2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap, 10-20 mg cap, 10-40 mg cap)	1	
amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	1	
amlodipine besylate-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)	1	
amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)	1	
cartia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er, 300 mg cap er)	3	
dilt-xr (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er)	3	
diltiazem hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab)	2	
diltiazem hcl er (er 60 mg cap er 12h, er 90 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 24h, er 120 mg tab er 24h, er 180 mg cap er 24h, er 180 mg tab er 24h, er 240 mg cap er 24h, er 240 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h, er 360 mg tab er 24h, er 420 mg tab er 24h)	2	
diltiazem hcl er beads (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er, er 420 mg cap er)	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
diltiazem hcl er coated beads (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er)	2	
felodipine er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)	2	
isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)	2	
matzim la (180 mg tab er, 240 mg tab er, 300 mg tab er, 360 mg tab er, 420 mg tab er)	3	
nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)	2	
nifedipine (10 mg cap, 20 mg cap)	1	
nifedipine er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)	1	
nifedipine er osmotic release (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)	1	
nimodipine 30 mg cap	2	
nisoldipine er (nisoldipine er 17 mg tab er 24h, nisoldipine er 8.5 mg tab er 24h, nisoldipine er 17 mg tab er 24h, nisoldipine er 34 mg tab er 24h, nisoldipine er 8.5 mg tab er 24h, nisoldipine er 34 mg tab er 24h)	2	
olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)	1	
TELMISARTAN-AMLODIPINE (40-10 MG TAB, 40-5 MG TAB, 80-10 MG TAB, 80-5 MG TAB)	1	
tiadylt er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er, er 420 mg cap er)	3	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (ER 1-240 MG TAB ER, ER 2-180 MG TAB ER, ER 2-240 MG TAB ER, ER 4-240 MG TAB ER)	1	
verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)	1	
verapamil hcl er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er)	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
verapamil hcl er (er 120 mg tab er, er 180 mg tab er, er 240 mg tab er)	1	
CARDIAC DRUGS		
amiodarone hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)	1	
digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)	2	
digoxin (digoxin 0.05 mg/ml solution, digoxin 0.05 mg/ml solution)	2	
digoxin 62.5 mcg tab	3	
dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)	3	
flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	2	
ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	4	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)	3	
pacerone (100 mg tab, 200 mg tab)	3	
propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)	2	
propafenone hcl er (er 225 mg cap er, er 325 mg cap er, er 425 mg cap er)	3	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	2	NM
ranolazine er (er 500 mg tab er, er 1000 mg tab er)	3	QL (120 PER 30 DAYS)
VYNDAMAX 61 MG CAP	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
HYPOTENSIVE AGENTS		
clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)	3	
clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)	1	
clonidine hcl er 0.1 mg tab 12h	1	QL (120 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
furosemide 10 mg/ml solution	2	
FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION	2	
hydralazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	
minoxidil (2.5 mg tab, 10 mg tab)	2	
NIMODIPINE 60 MG/20ML SOLUTION	5	QL (1800 PER 30 DAYS)
NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION	5	QL (1800 PER 30 DAYS)
RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERONE SYSTEM INHIBITORS		
aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)	2	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
benazepril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	1	
candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)	1	
candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)	1	
captopril (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	
EDARBYCLOR (40-12.5 MG TAB, 40-25 MG TAB)	4	ST
enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	1	
enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)	1	
ENTRESTO (6-6 MG CAP SPRINK, 15-16 MG CAP SPRINK)	3	QL (240 PER 30 DAYS)
eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)	3	
fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	1	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
irbesartan (75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)	1	
irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)	1	
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	1	
losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	
losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)	1	
moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 mg tab)	1	
olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	1	
PERINDOPRIL ERBUMINE (PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 8 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 4 MG TAB)	1	
quinapril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
ramipril (1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	1	
sacubitril-valsartan (24-26 mg tab, 49-51 mg tab, 97-103 mg tab)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	2	
spironolactone-hctz 25-25 mg tab	2	
telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	1	
telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)	1	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	1	
valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab)	1	
valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)	1	
VASODILATING AGENTS		
aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap 12h	3	QL (60 PER 30 DAYS)
isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	2	
isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)	2	
isosorbide mononitrate er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 120 mg tab er)	2	
nitro-bid 2 % ointment	4	
nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)	2	
nitroglycerin 0.4 % ointment	4	QL (30 PER 30 OVER TIME)
nitroglycerin 0.4 mg/spray solution	3	
NITROLINGUAL 0.4 MG/SPRAY SOLUTION	3	
sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp	3	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
sildenafil citrate 20 mg tab	3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
tadalafil (pah) 20 mg tab	3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
tadalafil 5 mg tab	3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TADLIQ 20 MG/5ML SUSPENSION	5	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
ANALGESICS AND ANTIPYRETICS		
acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab)	3	QL (390 PER 30 DAYS)
ascomp-codeine 50-325-40-30 mg cap	3	QL (180 PER 30 DAYS), NM
bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab	3	QL (60 PER 30 DAYS), NM
buprenorphine (5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk, 10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk)	3	QL (4 PER 28 OVER TIME), NM
buprenorphine hcl 2 mg sl tab	3	QL (210 PER 30 DAYS), NM
buprenorphine hcl 8 mg sl tab	3	QL (120 PER 30 DAYS), NM
buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg tab, 8-2 mg tab)	2	QL (120 PER 30 DAYS), NM
buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg, 12-3 mg)	3	QL (120 PER 30 DAYS), NM
butalbital-apap-caff-cod (50-300-40-30 mg cap, 50-325-40-30 mg cap)	3	QL (60 PER 30 DAYS), NM
butalbital-apap-caffeine (50-300-40 mg cap, 50-325-40 mg cap, 50-325-40 mg tab)	3	QL (60 PER 30 DAYS), NM
butalbital-asa-caff-codeine 50-325-40-30 mg cap	3	QL (60 PER 30 DAYS), NM
butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap	3	QL (60 PER 30 DAYS), NM
cataflam 50 mg tab	2	
celecoxib (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap, 400 mg cap)	2	
diclofenac potassium 50 mg tab	2	
diclofenac potassium(migraine) 50 mg packet	3	ST, QL (9 PER 30 OVER TIME)
diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr)	2	
diclofenac sodium er 100 mg tab 24h	2	
diflunisal 500 mg tab	2	QL (90 PER 30 DAYS)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
etodolac (200 mg cap, 300 mg cap, 400 mg tab, 500 mg tab)	2	
etodolac er (er 400 mg tab er, er 500 mg tab er)	2	QL (60 PER 30 DAYS)
etodolac er 600 mg tab 24h	2	QL (30 PER 30 DAYS)
fenoprofen calcium (fenoprofen calcium 400 mg cap, fenoprofen calcium 400 mg cap)	2	
fentanyl (12 mcg/hr patch, 25 mcg/hr patch, 50 mcg/hr patch, 75 mcg/hr patch, 100 mcg/hr patch)	3	QL (10 PER 30 OVER TIME), NM
flurbiprofen (flurbiprofen 100 mg tab, flurbiprofen 100 mg tab)	2	
hydrocodone-acetaminophen (5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)	3	QL (240 PER 30 DAYS)
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-325 MG TAB	3	QL (240 PER 30 DAYS), NM
hydromorphone hcl (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	3	QL (120 PER 30 DAYS), NM
ibu (600 mg tab, 800 mg tab)	2	
ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	2	
indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)	2	
MECLOFENAMATE SODIUM 100 MG CAP	2	QL (120 PER 30 DAYS)
MECLOFENAMATE SODIUM 50 MG CAP	2	QL (240 PER 30 DAYS)
meloxicam (7.5 mg tab, 15 mg tab)	2	
methadone hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	3	QL (90 PER 30 DAYS), NM
morphine sulfate (morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab, morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab)	3	QL (120 PER 30 DAYS), NM
morphine sulfate er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)	3	QL (60 PER 30 DAYS), NM
morphine sulfate er 15 mg tab	3	QL (90 PER 30 DAYS), NM

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)	2	
naproxen (125 mg/5ml suspension, 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)	2	
naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)	2	
oxycodone hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	3	QL (120 PER 30 DAYS), NM
oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)	3	QL (180 PER 30 DAYS)
piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)	2	
sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)	2	
tramadol hcl 100 mg tab	3	QL (120 PER 30 DAYS)
tramadol hcl 50 mg tab	3	QL (240 PER 30 DAYS)
tramadol hcl er 100 mg tab 24h	3	QL (120 PER 30 DAYS)
tramadol hcl er 200 mg tab 24h	3	QL (60 PER 30 DAYS)
tramadol hcl er 300 mg tab 24h	3	QL (30 PER 30 DAYS)
tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab	3	QL (120 PER 30 DAYS)
ANOREXIGENIC AGENTS AND RESPIRATORY AND CNS STIMULANTS		
amphetamine-dextroamphet er (er 5 mg cap er, er 10 mg cap er, er 15 mg cap er, er 20 mg cap er, er 25 mg cap er, er 30 mg cap er)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 12.5 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)	3	QL (90 PER 30 DAYS)
dexmethylphenidate hcl er (er 5 mg cap er, er 10 mg cap er, er 15 mg cap er, er 20 mg cap er, er 25 mg cap er, er 30 mg cap er, er 35 mg cap er, er 40 mg cap er)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate er (er 10 mg cap er, er 15 mg cap er)	3	QL (120 PER 30 DAYS)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap 24h	3	QL (60 PER 30 DAYS)
lisdexamfetamine dimesylate (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap, 70 mg cap)	3	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
methylphenidate (10 mg/9hr patch, 15 mg/9hr patch, 20 mg/9hr patch, 30 mg/9hr patch)	4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	3	QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl (5 mg chew tab, 10 mg chew tab)	3	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg/5ml solution	3	QL (900 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 5 mg/5ml solution	3	QL (1800 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er (cd) (er 20 mg cap er, er 50 mg cap er, er 60 mg cap er)	3	QL (30 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er (cd) (er 30 mg cap er, er 40 mg cap er)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er (cd) 10 mg cap	3	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er (la) (er 10 mg cap er, er 20 mg cap er, er 30 mg cap er, er 40 mg cap er, er 60 mg cap er)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er (methylphenidate hcl er 18 mg tab er, methylphenidate hcl er 27 mg tab er, methylphenidate hcl er 36 mg tab er, methylphenidate hcl er 54 mg tab er, methylphenidate hcl er 18 mg tab er 24h)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er (osm) (er 18 mg tab er, er 27 mg tab er, er 36 mg tab er, er 54 mg tab er)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er 10 mg tab	3	QL (120 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er 20 mg tab	3	QL (90 PER 30 DAYS)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
methylphenidate hcl er(diffus) (methylphenidate hcl er(diffus) 27 mg tab er, methylphenidate hcl er(diffus) 36 mg tab er, methylphenidate hcl er(diffus) 36 mg tab er, methylphenidate hcl er(diffus) 54 mg tab er, methylphenidate hcl er(diffus) 54 mg tab er)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
modafinil (100 mg tab, 200 mg tab)	3	QL (90 PER 30 DAYS)
WAKIX (4.45 MG TAB, 17.8 MG TAB)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ANTICONVULSANTS		
brivaracetam (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	5	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
brivaracetam 10 mg/ml solution	5	ST, QL (600 PER 30 DAYS)
carbamazepine (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)	2	QL (2400 PER 30 DAYS)
carbamazepine 100 mg chew tab	2	QL (480 PER 30 DAYS)
CARBAMAZEPINE 200 MG CHEW TAB	3	QL (240 PER 30 DAYS)
carbamazepine 200 mg tab	2	QL (240 PER 30 DAYS)
carbamazepine er (er 100 mg cap er, er 100 mg tab er)	3	QL (480 PER 30 DAYS)
carbamazepine er (er 200 mg cap er, er 200 mg tab er)	3	QL (240 PER 30 DAYS)
carbamazepine er 300 mg cap 12h	3	QL (150 PER 30 DAYS)
carbamazepine er 400 mg tab 12h	3	QL (120 PER 30 DAYS)
clobazam (10 mg tab, 20 mg tab)	2	QL (60 PER 30 DAYS)
clobazam 2.5 mg/ml suspension	2	QL (480 PER 30 DAYS)
clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp)	3	QL (300 PER 30 DAYS)
clonazepam (clonazepam 0.5 mg tab, clonazepam 0.25 mg tab, clonazepam 1 mg tab, clonazepam 2 mg tab)	2	QL (300 PER 30 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET, 500 MG CAP, 500 MG PACKET)	4	PA, LA, QL (300 PER 30 DAYS)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
DILANTIN 100 MG CAP	4	QL (300 PER 30 DAYS)
DILANTIN 125 MG/5ML SUSPENSION	4	QL (750 PER 30 DAYS)
DILANTIN 30 MG CAP	4	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEW	4	QL (600 PER 30 DAYS)
DILANTIN-125 MG/5ML SUSPENSION	4	QL (750 PER 30 DAYS)
divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)	2	
divalproex sodium er (er 250 mg tab er, er 500 mg tab er)	2	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	5	PA, QL (900 PER 30 DAYS)
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	4	QL (480 PER 30 DAYS)
EQUETRO (100 MG CAP ER 12H, 200 MG CAP ER 12H, 300 MG CAP ER 12H)	4	ST, QL (180 PER 30 DAYS)
eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)	4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)	4	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
ethosuximide 250 mg cap	2	
ethosuximide 250 mg/5ml solution	2	
felbamate (400 mg tab, 600 mg tab)	3	
felbamate 600 mg/5ml suspension	3	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	5	PA, LA, QL (360 PER 30 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	5	ST, QL (720 PER 30 DAYS)
gabapentin (250 mg/5ml, 300 mg/6ml)	2	QL (2160 PER 30 DAYS)
gabapentin 100 mg cap	2	QL (960 PER 30 DAYS)
gabapentin 200 mg cap	4	
gabapentin 300 mg cap	2	QL (330 PER 30 DAYS)
gabapentin 400 mg cap	2	QL (270 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
gabapentin 600 mg tab	2	QL (180 PER 30 DAYS)
gabapentin 800 mg tab	2	QL (120 PER 30 DAYS)
lacosamide (10 mg/ml, 50 mg/5ml, 100 mg/10ml)	4	QL (1200 PER 30 DAYS)
lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	2	QL (60 PER 30 DAYS)
LAMICTAL ODT 100 MG TAB DISP	4	QL (60 PER 30 DAYS)
LAMICTAL ODT 200 MG TAB DISP	4	QL (90 PER 30 DAYS)
lamotrigine (25 mg tab disp, 50 mg tab disp, 100 mg tab disp, 200 mg tab disp)	3	
lamotrigine (5 mg chew tab, 25 mg chew tab, 25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	2	
lamotrigine 21 x 25 mg & 7 x 50 mg kit	4	QL (28 PER 180 OVER TIME)
lamotrigine 25 & 50 & 100 mg kit	4	QL (70 PER 365 OVER TIME)
lamotrigine 42 x 50 mg & 14x100 mg kit	4	QL (56 PER 365 OVER TIME)
lamotrigine er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er, er 250 mg tab er, er 300 mg tab er)	3	
lamotrigine odt (odt 25 mg tab disp, odt 50 mg tab disp, odt 100 mg tab disp, odt 200 mg tab disp)	3	
lamotrigine starter kit-blue 35 x 25 mg	4	
lamotrigine starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg	4	
lamotrigine starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg	4	
levetiracetam (100 mg/ml, 500 mg/5ml)	3	QL (900 PER 30 DAYS)
LEVETIRACETAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	4	ST, QL (90 PER 30 DAYS)
levetiracetam (750 mg tab, 1000 mg tab)	2	QL (120 PER 30 DAYS)
levetiracetam 250 mg tab	2	QL (480 PER 30 DAYS)
levetiracetam 500 mg tab	2	QL (240 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
levetiracetam er (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er)	3	QL (120 PER 30 DAYS)
magnesium sulfate (magnesium sulfate 50 % solution, magnesium sulfate 50 % solution)	2	HI
methsuximide 300 mg cap	4	QL (120 PER 30 DAYS)
oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)	2	
oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension	3	
oxcarbazepine er 150 mg tab 24h	4	ST, QL (480 PER 30 DAYS)
oxcarbazepine er 300 mg tab 24h	4	ST, QL (240 PER 30 DAYS)
oxcarbazepine er 600 mg tab 24h	4	ST, QL (120 PER 30 DAYS)
perampanel (4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab, 10 mg tab, 12 mg tab)	5	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
perampanel 0.5 mg/ml suspension	5	ST, QL (720 PER 30 DAYS)
perampanel 2 mg tab	4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
phenobarbital (phenobarbital 15 mg tab, phenobarbital 97.2 mg tab, phenobarbital 60 mg/15ml elixir, phenobarbital 64.8 mg tab, phenobarbital 16.2 mg tab, phenobarbital 20 mg/5ml elixir, phenobarbital 30 mg tab, phenobarbital 32.4 mg tab, phenobarbital 60 mg tab, phenobarbital 64.8 mg tab, phenobarbital 100 mg tab, phenobarbital 15 mg tab, phenobarbital 16.2 mg tab, phenobarbital 20 mg/5ml elixir, phenobarbital 30 mg tab, phenobarbital 30 mg/7.5ml elixir, phenobarbital 32.4 mg tab, phenobarbital 60 mg tab, phenobarbital 97.2 mg tab, phenobarbital 100 mg tab)	2	
phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)	2	
phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)	2	
phenytoin 50 mg chew tab	2	
phenytoin infatabs infas 50 mg chew	2	
phenytoin sodium extended 100 mg cap	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
pregabalin (20 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)	2	
PRIMIDONE 125 MG TAB	2	QL (480 PER 30 DAYS)
primidone 250 mg tab	2	QL (240 PER 30 DAYS)
primidone 50 mg tab	2	QL (1200 PER 30 DAYS)
rufinamide 200 mg tab	4	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
rufinamide 40 mg/ml suspension	5	PA, QL (2400 PER 30 DAYS)
rufinamide 400 mg tab	5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	5	ST, QL (1500 PER 30 DAYS)
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
tiagabine hcl (tiagabine hcl 12 mg tab, tiagabine hcl 12 mg tab)	4	QL (120 PER 30 DAYS)
tiagabine hcl (tiagabine hcl 16 mg tab, tiagabine hcl 16 mg tab)	4	QL (90 PER 30 DAYS)
tiagabine hcl 2 mg tab	4	QL (840 PER 30 DAYS)
tiagabine hcl 4 mg tab	4	QL (420 PER 30 DAYS)
topiramate (15 mg cap, 25 mg cap)	2	
topiramate (25 mg/ml solution, 50 mg cap sprink)	4	
topiramate 100 mg tab	2	QL (180 PER 30 DAYS)
topiramate 200 mg tab	2	QL (60 PER 30 DAYS)
topiramate 25 mg tab	2	QL (720 PER 30 DAYS)
topiramate 50 mg tab	2	QL (360 PER 30 DAYS)
valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)	2	
vigabatrin 500 mg packet	5	PA, QL (9000 PER 30 DAYS)
vigabatrin 500 mg tab	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
vigadrone 500 mg packet	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	5	PA, LA, QL (750 PER 30 OVER TIME)
XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	4	QL (60 PER 30 DAYS)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 TAB THPK	4	QL (56 PER 28 DAYS)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 TAB THPK	4	QL (56 PER 28 DAYS)
XCOPRI (COPRI 14 12.5 MG 14 25 MG TAB THPK, COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK)	4	QL (28 PER 28 DAYS)
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	5	PA
zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	2	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	5	PA, LA, QL (1080 PER 30 DAYS)
ANTIMIGRAINE AGENTS		
AJOVY 225 MG/1.5ML SOLN A-INJ	3	QL (4.5 PER 84 OVER TIME)
AJOVY 225 MG/1.5ML SOLN PRSYR	3	QL (4.5 PER 84 OVER TIME)
eletriptan hydrobromide 20 mg tab	2	QL (9 PER 30 OVER TIME)
eletriptan hydrobromide 40 mg tab	2	QL (9 PER 30 OVER TIME)
EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)	4	PA, QL (5 PER 84 OVER TIME)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 /ML SOLN PRSYR	3	PA, QL (3 PER 30 OVER TIME)
frovatriptan succinate 2.5 mg tab	4	ST, QL (12 PER 30 OVER TIME)
naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)	3	QL (9 PER 30 OVER TIME)
NURTEC 75 MG TAB DISP	3	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)
QULIPTA (10 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB)	4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
rizatriptan benzoate (5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)	2	QL (18 PER 30 OVER TIME)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
rizatriptan benzoate 5 mg tab	2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan (5 mg/act, 20 mg/act)	3	ST, QL (12 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	2	QL (9 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)	3	QL (4 PER 30 OVER TIME)
UBRELVY (50 MG TAB, 100 MG TAB)	3	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)
zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)	3	QL (9 PER 30 OVER TIME)
zolmitriptan 5 mg solution	4	ST, QL (8 PER 30 OVER TIME)
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart	5	PA
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	2	QL (90 PER 30 DAYS)
benztropine mesylate 2 mg tab	2	
bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)	3	
cabergoline 0.5 mg tab	2	
carbidopa 25 mg tab	2	
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab, 25-250 mg tab disp)	2	
carbidopa-levodopa er (er 25-100 mg tab er, er 50-200 mg tab er)	2	QL (360 PER 30 DAYS)
CARBIDOPA-LEVODOPA ER 23.75-95 MG CAP	3	ST, QL (750 PER 30 DAYS)
CARBIDOPA-LEVODOPA ER 36.25-145 MG CAP	3	ST, QL (480 PER 30 DAYS)
CARBIDOPA-LEVODOPA ER 48.75-195 MG CAP	3	ST, QL (360 PER 30 DAYS)
CARBIDOPA-LEVODOPA ER 61.25-245 MG CAP	3	ST, QL (300 PER 30 DAYS)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)	3	
entacapone 200 mg tab	3	
pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)	2	
pramipexole dihydrochloride er (er 0.375 mg tab er, er 2.25 mg tab er, er 3 mg tab er, er 3.75 mg tab er, er 4.5 mg tab er)	3	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
pramipexole dihydrochloride er (er 0.75 mg tab er, er 1.5 mg tab er)	3	ST, QL (90 PER 30 DAYS)
rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	3	
ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)	2	
ropinirole hcl er (er 2 mg tab er, er 4 mg tab er, er 6 mg tab er, er 8 mg tab er, er 12 mg tab er)	3	QL (90 PER 30 DAYS)
selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)	3	
trihexyphenidyl hcl (2 mg tab, 5 mg tab)	2	QL (150 PER 30 DAYS)
trihexyphenidyl hcl 0.4 mg/ml solution	2	
ANXIOLYTICS, SEDATIVES, AND HYPNOTICS		
alprazolam (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp)	3	QL (150 PER 30 DAYS)
alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	2	QL (150 PER 30 DAYS)
alprazolam er (er 0.5 mg tab er, er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er)	3	QL (90 PER 30 DAYS)
ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML CONC	2	QL (300 PER 30 DAYS)
alprazolam xr (0.5 mg tab er, 1 mg tab er, 2 mg tab er, 3 mg tab er)	3	QL (90 PER 30 DAYS)
BELSOMRA (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
buspirone hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab)	2	
clorazepate dipotassium (3.75 mg tab, 7.5 mg tab)	3	QL (90 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 15 mg tab	3	QL (180 PER 30 DAYS)
diazepam (2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	2	QL (120 PER 30 DAYS)
diazepam (2.5 mg gel, 10 mg gel, 20 mg gel)	2	
diazepam 5 mg/5ml solution	2	QL (1200 PER 30 DAYS)
diazepam 5 mg/ml conc	2	QL (240 PER 30 DAYS)
diazepam intensol 5 mg/ml conc	2	QL (240 PER 30 DAYS)
eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)	2	QL (30 PER 30 DAYS)
HETLIOZ LQ 4 MG/ML SUSPENSION	5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	2	
hydroxyzine pamoate (hydroxyzine pamoate 50 mg cap, hydroxyzine pamoate 100 mg cap, hydroxyzine pamoate 25 mg cap)	2	
lorazepam (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	2	QL (150 PER 30 DAYS)
lorazepam 2 mg/ml conc	2	QL (150 PER 30 DAYS)
lorazepam intensol 2 mg/ml conc	2	QL (150 PER 30 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	4	QL (10 PER 30 OVER TIME)
ramelteon 8 mg tab	2	QL (30 PER 30 DAYS)
tasimelteon 20 mg cap	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
temazepam 15 mg cap	2	QL (60 PER 30 DAYS)
temazepam 30 mg cap	2	QL (30 PER 30 DAYS)
triazolam (0.125 mg tab, 0.25 mg tab)	3	QL (30 PER 30 DAYS)
VALTOCO 10 MG DOSE /0.1ML LIQUID	4	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 /0.1ML LIQD THPK	4	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 20 MG DOSE 0 X 10 /0.1ML LIQD THPK	4	QL (10 PER 30 OVER TIME)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VALTOCO 5 MG DOSE /0.1ML LIQUID	4	QL (10 PER 30 OVER TIME)
zaleplon (5 mg cap, 10 mg cap)	2	QL (30 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate (5 mg tab, 10 mg tab)	2	QL (60 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab er, er 12.5 mg tab er)	2	QL (30 PER 30 DAYS)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS		
atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)	3	QL (30 PER 30 DAYS)
ATOMOXETINE HCL 4 MG/ML SOLUTION	3	QL (750 PER 30 DAYS)
guanfacine hcl er (er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er, er 4 mg tab er)	2	
memantine hcl (2 mg/ml, 10 mg/5ml)	3	
memantine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	2	QL (60 PER 30 DAYS)
memantine hcl er (er 7 mg cap er, er 14 mg cap er, er 21 mg cap er, er 28 mg cap er)	2	QL (30 PER 30 DAYS)
QELBREE 100 MG CAP ER 24H	4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
QELBREE 150 MG CAP ER 24H	4	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
QELBREE 200 MG CAP ER 24H	4	ST, QL (90 PER 30 DAYS)
RADICAVA ORS 105 MG/5ML SUSPENSION	5	PA, QL (70 PER 28 DAYS)
RADICAVA ORS STARTER KIT 105 MG/5ML SUSPENSION	5	PA, QL (70 PER 28 DAYS)
riluzole 50 mg tab	3	
SUNOSI (75 MG TAB, 150 MG TAB)	4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
OPIATE ANTAGONISTS		
KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	3	QL (2 PER 30 OVER TIME)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
naloxone hcl (naloxone hcl 2 mg/2ml soln prsyr, naloxone hcl 0.4 mg/ml soln cart, naloxone hcl 0.4 mg/ml solution, naloxone hcl 4 mg/10ml solution)	2	
naloxone hcl 0.4 mg/ml soln prsyr	2	
naltrexone hcl 50 mg tab	2	
PSYCHOTHERAPEUTIC AGENTS		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML PRSYR	5	QL (2.4 PER 56 OVER TIME), BVD
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML PRSYR	5	QL (3.2 PER 56 OVER TIME), BVD
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	5	QL (2 PER 28 OVER TIME), BVD
amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	2	
amoxapine (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	2	
APLENZIN (174 MG TAB ER 24H, 348 MG TAB ER 24H, 522 MG TAB ER 24H)	4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)	2	QL (60 PER 30 DAYS)
aripiprazole (2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	2	
aripiprazole 1 mg/ml solution	2	QL (900 PER 30 DAYS)
ARISTADA 1064 MG/3.9ML PRSYR	5	QL (3.9 PER 56 OVER TIME), BVD
ARISTADA 441 MG/1.6ML PRSYR	5	QL (1.6 PER 28 OVER TIME), BVD
ARISTADA 662 MG/2.4ML PRSYR	5	QL (2.4 PER 28 OVER TIME), BVD
ARISTADA 882 MG/3.2ML PRSYR	5	QL (3.2 PER 28 OVER TIME), BVD
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR	5	QL (2.4 PER 28 OVER TIME), BVD

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
asenapine maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	3	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
AUVELITY (30-105 MG TAB ER, 45-105 MG TAB ER)	5	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
bupropion hcl (75 mg tab, 100 mg tab)	2	
bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab 12h	2	
bupropion hcl er (sr) (er 100 mg tab er, er 150 mg tab er, er 200 mg tab er)	2	
bupropion hcl er (xl) (er 150 mg tab er, er 300 mg tab er)	2	
BUPROPION HCL ER (XL) 450 MG TAB 24H	4	ST
BYSANTI (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	5	PA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
BYSANTI TITRATION PACK A BYSNTI TITRTION PCK 1 & 2 & 4 & 6 MG TB THPK	5	PA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
BYSANTI TITRATION PACK B YSANTI 1 & 2 & 6 & 8 MG TATHPK	5	PA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
BYSANTI TITRATION PACK C PAK 1 & 2 & 6 MG TAB THPK	5	PA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
chlorpromazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)	2	
chlorpromazine hcl (chlorpromazine hcl 100 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 30 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 30 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 100 mg/ml conc)	3	
citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
citalopram hydrobromide (10 mg/5ml, 20 mg/10ml)	2	
citalopram hydrobromide (citalopram hydrobromide 30 mg cap, citalopram hydrobromide 30 mg cap)	3	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	3	ST
clozapine (100 mg tab, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp)	3	QL (180 PER 30 DAYS)
clozapine (12.5 mg tab disp, 25 mg tab disp, 100 mg tab disp)	3	QL (270 PER 30 DAYS)
clozapine (25 mg tab, 50 mg tab)	3	QL (90 PER 30 DAYS)
clozapine 200 mg tab	3	QL (135 PER 30 DAYS)
COBENFY (50-20 MG CAP, 100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	5	PA, QL (56 PER 180 OVER TIME)
compro 25 mg suppos	2	
desipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	2	
DESVENLAFAXINE ER (ER 50 MG TAB ER 24H, ER 100 MG TAB ER 24H)	2	
desvenlafaxine succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er)	2	
doxepin hcl (doxepin hcl 10 mg/ml conc, doxepin hcl 10 mg/ml conc)	2	
doxepin hcl (doxepin hcl 150 mg cap, doxepin hcl 10 mg cap, doxepin hcl 25 mg cap, doxepin hcl 50 mg cap, doxepin hcl 75 mg cap, doxepin hcl 100 mg cap, doxepin hcl 150 mg cap)	2	
DRIZALMA SPRINKLE (20 MG CAP DR, 30 MG CAP DR, 40 MG CAP DR, 60 MG CAP DR)	4	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl (20 mg dr, 30 mg dr, 60 mg dr)	2	
DULOXETINE HCL (80 MG CP DR PART, 90 MG CP DR PART, 120 MG CP DR PART)	4	ST
duloxetine hcl 40 mg cp dr part	2	QL (60 PER 30 DAYS)
EMSAM (6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR)	5	ST, QL (30 PER 30 DAYS)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	5	QL (0.75 PER 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	5	QL (1 PER 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	5	QL (1.5 PER 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	5	QL (2.25 PER 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	5	QL (0.25 PER 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	5	QL (0.5 PER 28 OVER TIME), BVD
escitalopram oxalate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	1	
escitalopram oxalate (escitalopram oxalate 5 mg/5ml solution, escitalopram oxalate 10 mg/10ml solution, escitalopram oxalate 15 mg cap)	2	
EXXUA (36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	5	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
EXXUA 18.2 MG TAB ER 24H	5	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	5	ST, QL (32 PER 180 OVER TIME)
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FANAPT TITRATION PACK A FNPT TITRTION PCK 1 & 2 & 4 & 6 MG TB	4	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TA	4	PA, QL (12 PER 30 OVER TIME)
FANAPT TITRATION PACK C PAK 1 & 2 & 6 MG TAB	4	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)
FETZIMA (20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H, 120 MG CAP ER 24H)	4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	1	
fluoxetine hcl (fluoxetine hcl 10 mg tab, fluoxetine hcl 20 mg tab, fluoxetine hcl 60 mg tab, fluoxetine hcl 60 mg tab)	3	
FLUOXETINE HCL (PMDD) (10 MG TAB, 20 MG TAB)	3	
fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution	2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	3	QL (4 PER 28 OVER TIME)
fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution	3	BVD
fluphenazine hcl (fluphenazine hcl 1 mg tab, fluphenazine hcl 2.5 mg tab, fluphenazine hcl 5 mg tab, fluphenazine hcl 10 mg tab, fluphenazine hcl 2.5 mg/5ml elixir, fluphenazine hcl 5 mg/ml conc)	3	
FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION	3	BVD
fluvoxamine maleate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	2	
fluvoxamine maleate er (er 100 mg cap er, er 150 mg cap er)	3	
haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	2	
haloperidol decanoate (50 mg/ml, 100 mg/ml)	2	BVD
haloperidol lactate 2 mg/ml conc	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml solution	2	BVD
imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	2	
imipramine pamoate (75 mg cap, 100 mg cap, 125 mg cap, 150 mg cap)	2	
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), BVD
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	5	QL (5 PER 180 OVER TIME), BVD

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
INVEGA SUSTENNA (78 MG/0.5ML SUSP PRSYR, 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR, 156 MG/ML SUSP PRSYR, 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR)	5	BVD
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	4	BVD
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	5	QL (0.88 PER 90 OVER TIME), BVD
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	5	QL (1.32 PER 90 OVER TIME), BVD
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	5	QL (1.75 PER 90 OVER TIME), BVD
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	5	QL (2.63 PER 90 OVER TIME), BVD
lithium 8 meq/5ml solution	2	
lithium carbonate (lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 300 mg tab, lithium carbonate 600 mg cap, lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 600 mg cap)	2	
lithium carbonate er (er 300 mg tab er, er 450 mg tab er)	2	
loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	2	
lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)	2	
LYBALVI (5-10 MG TAB, 10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
MARPLAN 10 MG TAB	4	
mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab disp)	2	QL (30 PER 30 DAYS)
mirtazapine (7.5 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	2	
MOLINDONE HCL (5 MG TAB, 10 MG TAB, 25 MG TAB)	2	QL (270 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)	3	
nortriptyline hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	2	
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
olanzapine (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab)	2	
olanzapine (5 mg tab disp, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp)	3	QL (30 PER 30 DAYS)
olanzapine 10 mg recon soln	2	BVD
olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg cap, 6-25 mg cap, 6-50 mg cap, 12-25 mg cap, 12-50 mg cap)	4	
OPIPZA 10 MG FILM	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
OPIPZA 2 MG FILM	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OPIPZA 5 MG FILM	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
paliperidone er (er 1.5 mg tab er, er 3 mg tab er, er 9 mg tab er)	3	QL (30 PER 30 DAYS)
paliperidone er 6 mg tab 24h	3	QL (60 PER 30 DAYS)
paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	2	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	2	QL (900 PER 30 DAYS)
paroxetine hcl er (er 12.5 mg tab er, er 37.5 mg tab er)	2	QL (30 PER 30 DAYS)
paroxetine hcl er 25 mg tab 24h	2	QL (90 PER 30 DAYS)
perphenazine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab)	2	
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	2	
pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)	2	
prochlorperazine 25 mg suppos	3	
prochlorperazine maleate (5 mg tab, 10 mg tab)	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
protriptyline hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	4	ST
quetiapine fumarate (quetiapine fumarate 25 mg tab, quetiapine fumarate 50 mg tab, quetiapine fumarate 150 mg tab, quetiapine fumarate 100 mg tab, quetiapine fumarate 200 mg tab, quetiapine fumarate 300 mg tab, quetiapine fumarate 400 mg tab)	2	
quetiapine fumarate er (er 50 mg tab er, er 150 mg tab er, er 200 mg tab er, er 300 mg tab er, er 400 mg tab er)	3	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	4	ST
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
risperidone (0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)	2	QL (60 PER 30 DAYS)
risperidone (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)	2	
risperidone 0.25 mg tab	2	
risperidone 0.25 mg tab disp	2	QL (30 PER 30 DAYS)
risperidone 1 mg/ml solution	2	QL (240 PER 30 DAYS)
risperidone microspheres er (er 12.5 mg, er 25 mg)	4	BVD
risperidone microspheres er (er 37.5 mg, er 50 mg)	5	BVD
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	5	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
sertraline hcl (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	
sertraline hcl 20 mg/ml conc	2	QL (300 PER 30 DAYS)
thioridazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	2	
thiothixene (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
tranylcypromine sulfate 10 mg tab	3	
TRAZODONE HCL (25 MG TAB, 75 MG TAB)	2	
trazodone hcl (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)	1	
trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	2	
trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	4	ST
TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)	4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
UZEDY 100 MG/0.28ML SUSP PRSYR	5	QL (0.28 PER 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 125 MG/0.35ML SUSP PRSYR	5	QL (0.35 PER 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 150 MG/0.42ML SUSP PRSYR	5	QL (0.42 PER 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 200 MG/0.56ML SUSP PRSYR	5	QL (0.56 PER 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 250 MG/0.7ML SUSP PRSYR	5	QL (0.7 PER 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 50 MG/0.14ML SUSP PRSYR	5	QL (0.14 PER 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 75 MG/0.21ML SUSP PRSYR	5	QL (0.21 PER 28 OVER TIME), BVD
VENLAFAXINE BESYLATE ER 112.5 MG TAB 24H	4	ST
venlafaxine hcl (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	2	
venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap er, er 75 mg cap er, er 150 mg cap er)	2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	5	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VRAYLAR (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	2	
ziprasidone mesylate 20 mg recon soln	2	BVD
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP, 30 MG CAP)	5	PA, QL (28 PER 14 DAYS)
VESICULAR MONOAMINE TRANSPORTER 2 (VMAT2) INHIBITORS		
AUSTEDO (6 MG TAB, 9 MG TAB, 12 MG TAB)	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR (18 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H, 36 MG TAB ER 24H, 42 MG TAB ER 24H, 48 MG TAB ER 24H)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR (6 MG TAB ER 24H, 12 MG TAB ER 24H)	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK	5	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 6 & 12 & 24 MG TBER THPK	5	PA, QL (42 PER 180 OVER TIME)
tetrabenazine 12.5 mg tab	4	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
tetrabenazine 25 mg tab	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ELECTROLYTIC, CALORIC, AND WATER BALANCE		
AMMONIA DETOXICANTS		
carglumic acid 200 mg tab sol	5	PA
constulose 10 gm/15ml solution	2	
enulose 10 gm/15ml solution	2	
generlac 10 gm/15ml solution	3	
kristalose 10 gm packet	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
lactulose (10 gm packet, 10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)	2	
lactulose 20 gm packet	2	
lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution	2	
sodium phenylbutyrate 3 gm/tsp powder	5	
CALORIC AGENTS		
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) % SOLUTION	3	HI
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) % SOLUTION	3	HI
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) % SOLUTION	3	HI
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) % SOLUTION	3	HI
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) (/20) % SOLUTION	3	HI
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) % SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) (/14) % SOLUTION	3	HI
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) % SOLUTION	3	HI
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) % SOLUTION	3	HI
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) % SOLUTION	3	HI
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) (/20) % SOLUTION	3	HI
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) (/5) % SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) % SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) (/14) % SOLUTION	3	HI

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
clinisol sf 15 % solution	2	HI
dextrose (dextrose 10 % solution, dextrose 5 % solution, dextrose 5 % solution, dextrose 10 % solution)	2	HI
ISOLYTE-P IN D5W INSOLUTION	3	HI
NUTRILIPID 20 % EMULSION	3	HI
plenamine 15 % solution	2	HI
PREMASOL 10 % SOLUTION	3	HI
PROSOL 20 % SOLUTION	3	HI
TRAVASOL 10 % SOLUTION	3	HI
TROPHAMINE 10 % SOLUTION	3	HI
DIURETICS		
amiloride hcl 5 mg tab	2	
AMILORIDE-HYDROCHLOROTHIAZIDE 5-50 MG TAB	2	
bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	1	
chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)	2	
ethacrynic acid 25 mg tab	4	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
furosemide (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	1	
FUROSEMIDE (FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION)	2	
hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	1	
indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)	1	
metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	1	
tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 & 15 mg tab thpk, 45 & 15 mg tab thpk, 60 & 30 mg tab thpk, 90 & 30 mg tab thpk)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
tolvaptan (15 mg tab, 30 mg tab)	5	QL (120 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
tolvaptan (hyponatremia) (15 mg tab, 30 mg tab)	5	QL (120 PER 30 DAYS)
torsemide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)	2	
triamterene (50 mg cap, 100 mg cap)	3	QL (90 PER 30 DAYS)
triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)	1	
ION-REMOVING AGENTS		
calcium acetate (phos binder) (667 mg cap, 667 mg tab)	3	
calcium acetate 667 mg tab	3	
kionex 15 gm/60ml suspension	3	
lanthanum carbonate 1000 mg chew tab	4	QL (90 PER 30 DAYS)
lanthanum carbonate 500 mg chew tab	4	QL (180 PER 30 DAYS)
lanthanum carbonate 750 mg chew tab	4	QL (120 PER 30 DAYS)
LOKELMA 10 GM PACKET	3	QL (90 PER 30 DAYS)
LOKELMA 5 GM PACKET	3	QL (30 PER 30 DAYS)
sevelamer carbonate 800 mg tab	4	
sevelamer hcl (400 mg tab, 800 mg tab)	4	
sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml suspension	3	
sodium polystyrene sulfonate powder	3	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION, SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION)	3	
VELPHORO 500 MG CHEW TAB	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
VELTASSA (8.4 GM PACKET, 16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VELTASSA 1 GM PACKET	4	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
REPLACEMENT PREPARATIONS		
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	2	
dextrose-sodium chloride (dextrose-sodium chloride 5-0.225 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution)	2	HI
ISOLYTE-S PH 7.4 SOLUTION	3	HI
kcl in dextrose-nacl (kcl in dextrose-nacl 10-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 10-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.2 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 30-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 30-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)	2	HI
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	2	HI
klor-con (klor-con 8 meq tab er, klor-con 20 meq packet, klor-con 8 meq tab er)	3	
klor-con 10 (klor-con 10 10 meq tab er, klor-con 10 10 meq tab er)	3	
klor-con m10 meq tab er	3	
klor-con m15 meq tab er	4	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
klor-con m20 meq tab er	3	
MULTIPLE ELECTRO TYPE 1 PH 5.5 SOLUTION	3	HI
multiple electro type 1 ph 7.4 solution	3	
PLASMA-LYTE 148 SOLUTION	3	HI
PLASMA-LYTE 148 SOLUTION	3	HI
PLASMA-LYTE A SOLUTION	3	HI
potassium chloride (10 %, 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%))	3	
potassium chloride (potassium chloride 20 meq/100ml solution, potassium chloride 40 meq/100ml solution, potassium chloride 20 meq/100ml solution, potassium chloride 40 meq/100ml solution, potassium chloride 10 meq/100ml solution, potassium chloride 10 meq/100ml solution)	3	HI
potassium chloride 2 meq/ml solution	3	HI
potassium chloride 20 meq packet	3	
potassium chloride crys er (er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)	1	
potassium chloride er (potassium chloride er 8 meq cap er, potassium chloride er 8 meq tab er, potassium chloride er 10 meq cap er, potassium chloride er 15 meq tab er, potassium chloride er 10 meq tab er, potassium chloride er 20 meq tab er)	1	
potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution	2	HI

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
potassium chloride in nacl (potassium chloride in nacl 20-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 20-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 20-0.45 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 40-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 20-0.45 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 40-0.9 meq/l-% solution)	3	HI
potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)	3	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	2	HI
sodium chloride (0.45 %, 3 %, 5 %)	2	HI
sodium chloride (pf) 0.9 % solution	2	HI
sodium chloride (sodium chloride 0.9 % solution, sodium chloride 0.9 % solution)	2	BVD, HI
TPN ELECTROLYTES CONC	2	HI
URICOSURIC AGENTS		
colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab	3	
probenecid 500 mg tab	3	
ENZYMES		
PALYNZIQ (2.5 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 10 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 20 MG/ML SOLN PRSYR)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
REVCOVI 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	5	PA
SUCRAID 8500 UNIT/ML SOLUTION	5	PA, LA, QL (354 PER 30 DAYS)
EYE, EAR, NOSE, AND THROAT (EENT) PREPARATIONS		
ANTI-INFECTIVES		
ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment	2	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc (bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment, bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment)	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT	2	
BESIFLOXACIN HCL 0.6 % SUSPENSION	4	QL (15 PER 30 OVER TIME)
chlorhexidine gluconate 0.12 % solution	2	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	4	QL (17.5 PER 30 OVER TIME)
CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION	3	
ciprofloxacin hcl 0.2 % solution	3	NM
ciprofloxacin hcl 0.3 % solution	2	
ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	3	
ciprofloxacin-hydrocortisone 0.2-1 % suspension	3	
erythromycin 5 mg/gm ointment	2	
gatifloxacin 0.5 % solution	2	QL (15 PER 30 OVER TIME)
gentamicin sulfate 0.3 % solution	2	
LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION	2	
loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension	4	
moxifloxacin hcl 0.5 % solution	2	QL (15 PER 30 OVER TIME)
neomycin-bacitracin zn-polymyx (neomycin-bacitracin zn-polymyx 3.5-400-10000 ointment, neomycin-bacitracin zn-polymyx 5-400-10000 ointment, neomycin-bacitracin zn-polymyx 5-400-10000 ointment)	2	
neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025SOLUTION	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
neomycin-polymyxin-hc (neomycin-polymyxin-hc 1 % solution, neomycin-polymyxin-hc 3.5-10000-1 solution, neomycin-polymyxin-hc 3.5-10000-1 suspension, neomycin-polymyxin-hc 3.5-10000-1 suspension)	3	
ofloxacin 0.3 % solution	2	
ofloxacin 0.3 % solution	3	
periogard 0.12 % solution	2	
sulfacetamide sodium (sulfacetamide sodium 10 % solution, sulfacetamide sodium 10 % solution)	2	
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	2	
TOBRADEX 0.3-0.1 % OINTMENT	4	
tobramycin 0.3 % solution	2	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	3	
TOBREX 0.3 % OINTMENT	4	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	3	
XDEMVY 0.25 % SOLUTION	5	PA
ZIRGAN 0.15 % GEL	4	
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
ARNUITY ELLIPTA (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA)	3	QL (30 PER 30 DAYS)
atropine sulfate (atropine sulfate 1 % solution, atropine sulfate 1 % solution)	3	
bromfenac sodium (once-daily) 0.09 % solution	3	
cyclosporine (pf) 0.05 % emulsion	3	QL (60 PER 30 DAYS)
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	3	
diclofenac sodium 0.1 % solution	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FLAREX 0.1 % SUSPENSION	4	
flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution	3	QL (50 PER 30 OVER TIME)
fluocinolone acetonide 0.01 % oil	3	
fluorometholone 0.1 % suspension	3	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	3	
fluticasone propionate 50 mcg/act suspension	2	QL (16 PER 30 OVER TIME)
FLUTICASONE PROPIONATE DISKUS (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE PROPIONATE DISKUS 250 MCG/ACT AER POW BA	3	QL (240 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE PROPIONATE HFA 110 MCG/ACT AEROSOL	3	QL (12 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE PROPIONATE HFA 220 MCG/ACT AEROSOL	3	QL (24 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate hfa 44 mcg/act aerosol	3	QL (10.6 PER 30 DAYS)
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	4	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution	3	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	4	QL (15 PER 30 OVER TIME)
ketorolac tromethamine (ketorolac tromethamine 0.4 % solution, ketorolac tromethamine 0.5 % solution)	2	
kourzeq 0.1 % paste	2	
LOTEMAX 0.5 % OINTMENT	4	QL (15 PER 30 OVER TIME)
LOTEMAX SM 0.38 % GEL	4	QL (15 PER 30 OVER TIME)
loteprednol etabonate (0.5 % gel, 0.5 % suspension)	3	QL (15 PER 30 OVER TIME)
loteprednol etabonate 0.2 % suspension	4	QL (15 PER 30 OVER TIME)
MAXIDEX 0.1 % SUSPENSION	4	
mometasone furoate 50 mcg/act suspension	3	QL (34 PER 30 OVER TIME)
prednisolone acetate 1 % suspension	3	QL (30 PER 30 DAYS)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	2	
triamcinolone acetonide 0.1 % paste	2	
TYRVAYA 0.03 MG/ACT SOLUTION	3	QL (8.4 PER 30 OVER TIME)
XHANCE 93 MCG/ACT EXHU	4	PA
XIIDRA 5 % SOLUTION	3	QL (60 PER 30 DAYS)
ANTIALLERGIC AGENTS		
azelastine hcl (0.1 %, 137 mcg/spray)	2	QL (60 PER 30 DAYS)
azelastine hcl 0.05 % solution	3	
bepotastine besilate 1.5 % solution	3	QL (15 PER 30 OVER TIME)
olopatadine hcl 0.6 % solution	3	ST, QL (30.5 PER 30 OVER TIME)
ANTIGLAUCOMA AGENTS		
ALPHAGAN P ALHAGAN 0.1 % SOLUTION	3	QL (15 PER 30 OVER TIME)
BETAXOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	2	
bimatoprost 0.01 % solution	3	QL (5 PER 30 OVER TIME)
bimatoprost 0.03 % solution	3	QL (7.5 PER 30 OVER TIME)
brimonidine tartrate 0.2 % solution	2	
brinzolamide 1 % suspension	3	QL (15 PER 30 OVER TIME)
COMBIGAN 0.2-0.5 % SOLUTION	3	QL (10 PER 30 OVER TIME)
dorzolamide hcl 2 % solution	2	
dorzolamide hcl-timolol mal (2, 22.3-6.8 mg/ml)	3	
dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution	3	
latanoprost 0.005 % solution	2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	2	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	3	QL (5 PER 30 OVER TIME)
methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)	3	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
pilocarpine hcl (1 %, 2 %, 4 %)	3	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	4	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	4	ST, QL (5 PER 30 OVER TIME)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	3	QL (16 PER 30 OVER TIME)
timolol maleate (0.25 % gel soln, 0.5 % gel soln)	3	
timolol maleate (0.25 %, 0.5 %)	2	
timolol maleate ocudose 0.5 % solution	2	
timolol maleate pf (0.25 %, 0.5 %)	2	
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	4	ST

EENT DRUGS, MISCELLANEOUS

acetic acid 2 % solution	2	
APRACLONIDINE HCL 0.5 % SOLUTION	2	
IOPIDINE 1 % SOLUTION	4	
ipratropium bromide (0.03 %, 0.06 %)	2	

GASTROINTESTINAL DRUGS

ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)	4	QL (60 PER 30 DAYS)
balsalazide disodium 750 mg cap	3	
budesonide er 9 mg tab 24h	5	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
DIPENTUM 250 MG CAP	4	
mesalamine 1.2 gm tab dr	3	QL (120 PER 30 DAYS)
mesalamine 4 gm enema	3	
mesalamine er 0.375 gm cap 24h	3	QL (120 PER 30 DAYS)
ROWASA 4 GM KIT	4	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANTIDIARRHEA AGENTS		
loperamide hcl 2 mg cap	3	
XERMELO 250 MG TAB	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ANTIEMETICS		
aprepitant 125 mg cap	3	QL (3 PER 30 OVER TIME), BVD
aprepitant 40 mg cap	3	QL (1 PER 30 OVER TIME), BVD
aprepitant 80 & 125 mg cap thpk	3	QL (9 PER 30 OVER TIME), BVD
aprepitant 80 mg cap	3	QL (6 PER 30 OVER TIME), BVD
dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
granisetron hcl 1 mg tab	3	BVD
ondansetron (4 mg tab disp, 8 mg tab disp)	2	QL (240 PER 30 DAYS), BVD
ondansetron hcl (4 mg tab, 8 mg tab)	2	QL (240 PER 30 DAYS), BVD
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	2	BVD
VARUBI (180 MG DOSE) 2 X 90 TAB THPK	4	QL (4 PER 28 OVER TIME), BVD
ANTIULCER AGENTS AND ACID SUPPRESSANTS		
cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)	2	
esomeprazole magnesium (20 mg cap dr, 40 mg cap dr)	2	
famotidine 20 mg tab	2	
famotidine 40 mg tab	2	
famotidine 40 mg/5ml recon susp	3	
lansoprazole (15 mg cap dr, 30 mg cap dr)	2	
misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)	2	
NIZATIDINE (NIZATIDINE 150 MG CAP, NIZATIDINE 300 MG CAP)	2	
omeprazole (10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr)	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
pantoprazole sodium (20 mg tab dr, 40 mg tab dr)	2	
rabeprazole sodium 20 mg tab dr	3	QL (60 PER 30 DAYS)
sucralfate 1 gm tab	2	
sucralfate 1 gm/10ml suspension	3	
CATHARTICS AND LAXATIVES		
CLENPIQ 10-3.5-12 MG-GM - GM/175ML SOLUTION	3	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	2	
gavilyte-g 236 gm recon soln	2	
gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln	2	
na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution	3	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln	2	
peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln	2	
peg-3350/electrolytes/ascorbat 100 gm recon soln	3	
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 100 gm recon soln	3	
SUFLAVE 178.7 GM RECON SOLN	3	
SUPREP BOWEL PREP KIT SU17.5-3.13-1.6 GM/177ML SOLUTION	3	
SUTAB SU1479-225-188 MG	3	
CHOLELITHOLYTIC AGENTS		
ursodiol (250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab)	3	
DIGESTANTS		
CREON (3000-9500 CP DR PART, 6000-19000 CP DR PART, 12000-38000 CP DR PART, 24000-76000 CP DR PART, 36000-114000 CP DR PART)	3	
GATTEX 5 MG KIT	5	PA

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ZENPEP (3000-10000 CP DR PART, 5000-24000 CP DR PART, 10000-32000 CP DR PART, 15000-47000 CP DR PART, 20000-63000 CP DR PART, 25000-79000 CP DR PART, 40000-126000 CP DR PART, 60000-189600 CP DR PART)	3	
GI DRUGS, MISCELLANEOUS		
CHOLBAM (50 MG CAP, 250 MG CAP)	5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)	3	QL (30 PER 30 DAYS)
lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)	2	QL (60 PER 30 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	3	QL (30 PER 30 DAYS)
REZDIFFRA (60 MG TAB, 80 MG TAB, 100 MG TAB)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SYMPROIC 0.2 MG TAB	3	QL (30 PER 30 DAYS)
PROKINETIC AGENTS		
metoclopramide hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	2	
metoclopramide hcl (5 mg/5ml, 10 mg/10ml)	3	
prucalopride succinate (1 mg tab, 2 mg tab)	4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
HEAVY METAL ANTAGONISTS		
CHEMET 100 MG CAP	4	
deferasirox (90 mg packet, 180 mg packet, 360 mg packet)	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
deferasirox 125 mg tab sol	4	QL (720 PER 30 DAYS)
deferasirox 180 mg tab	5	QL (450 PER 30 DAYS)
deferasirox 250 mg tab sol	5	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
deferasirox 360 mg tab	3	QL (120 PER 30 DAYS)
deferasirox 500 mg tab sol	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
deferasirox 90 mg tab	4	QL (240 PER 30 DAYS)
deferasirox granules (90 mg packet, 180 mg packet, 360 mg packet)	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
deferiprone (500 mg tab, 1000 mg tab)	5	
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	5	QL (2970 PER 30 DAYS)
penicillamine 250 mg tab	5	
TRIENTINE HCL (TRIENTINE HCL 250 MG CAP, TRIENTINE HCL 500 MG CAP)	5	PA

HORMONES AND SYNTHETIC SUBSTITUTES

ADRENALS

ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL)	3	QL (13 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA 50 MCG/ACT AEROSOL	3	QL (13 PER 30 DAYS)
budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)	3	QL (240 PER 30 DAYS), BVD
budesonide 3 mg cp dr part	3	
dexamethasone (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)	2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5ML SOLUTION	2	
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	2	
HEMADY 20 MG TAB	4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	2	
INTRAROSA 6.5 MG INSERT	4	QL (30 PER 30 DAYS)
methylprednisolone (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)	2	
methylprednisolone 4 mg tab thpk	2	
prednisolone 15 mg/5ml solution	3	
prednisolone sodium phosphate (prednisolone sodium phosphate 5 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 10 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 10 mg tab disp, prednisolone sodium phosphate 15 mg tab disp, prednisolone sodium phosphate 30 mg tab disp, prednisolone sodium phosphate 6.7 (5 base) mg/5ml solution)	3	
prednisolone sodium phosphate 20 mg/5ml solution	3	
PREDNISONE (1 MG TAB DR, 2 MG TAB DR, 5 MG TAB DR)	4	
prednisone (1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab)	1	
PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION	2	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	2	
TARPEYO 4 MG CAP DR	5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
ANDROGENS		
danazol (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)	4	
testosterone (testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 25 mg/2.5gm (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel, testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel)	3	QL (300 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
testosterone (testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel, testosterone 20.25 mg/act (1.62%) gel, testosterone 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel, testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel)	3	QL (150 PER 30 DAYS)
testosterone cypionate (100 mg/ml, 200 mg/ml)	3	BVD
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	3	QL (10 PER 28 OVER TIME), BVD
ANTIDIABETIC AGENTS		
acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	QL (90 PER 30 DAYS)
ALOGLIPTIN BENZOATE (6.25 MG TAB, 12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ALOGLIPTIN-METFORMIN HCL (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE (12.5-30 MG TAB, 25-15 MG TAB, 25-30 MG TAB, 25-45 MG TAB)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
dapagliflozin base-metformin er (er 10-1000 mg tab er, er 10-500 mg tab er)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
dapagliflozin base-metformin er (er 5-1000 mg tab er, er 5-500 mg tab er)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
dapagliflozin (5 mg tab, 10 mg tab)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)	3	QL (30 PER 30 DAYS)
FIASP 100 UNIT/ML SOLUTION	3	$35 ($35/30)
FIASP FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	3	$35 ($35/30)
FIASP PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	3	$35 ($35/30)
glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	1	
glipizide (glipizide 2.5 mg tab, glipizide 15 mg tab, glipizide 5 mg tab, glipizide 10 mg tab)	1	
glipizide er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)	1	
glipizide xl (2.5 mg tab er, 5 mg tab er, 10 mg tab er)	1	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	1	
glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	1	QL (120 PER 30 DAYS)
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	3	QL (30 PER 30 DAYS)
HUMALOG (100 UNIT/ML SOLN CART, 100 UNIT/ML SOLUTION)	3	$35 ($35/30)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	3	$35 ($35/30)
HUMALOG KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	3	$35 ($35/30)
HUMALOG KWIKPEN KWIK200 UNIT/ML SOLN	3	$35 ($35/30)
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	$35 ($35/30)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN KWIK(50-50) 100 UNIT/ML SUSP	3	$35 ($35/30)
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	$35 ($35/30)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN KWIK(75-25) 100 UNIT/ML SUSP	3	$35 ($35/30)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN KWIKUNIT/ML SOLN	3	$35 ($35/30)
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 /ML SOLN PEN	3	$35 ($35/30)
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	3	$35 ($35/30)
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	3	$35 ($35/30)
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	3	$35 ($35/30)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
JANUMET XR (50-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H)	3	QL (60 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
JANUMET XR 100-1000 MG TAB ER 24H	3	QL (30 PER 30 DAYS)
JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	3	QL (30 PER 30 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	3	QL (30 PER 30 DAYS)
JENTADUETO 2.5-1000 MG TAB	3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO 2.5-500 MG TAB	3	QL (120 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	3	QL (30 PER 30 DAYS)
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	3	QL (120 PER 30 DAYS), $35 ($35/30)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	3	QL (120 PER 30 DAYS), $35 ($35/30)
metformin hcl (500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 850 mg tab, 1000 mg tab)	1	
metformin hcl er (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er)	1	
mifepristone 300 mg tab	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
MIGLITOL (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	2	
MOUNJARO (2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)	1	
NOVOLOG 100 UNIT/ML SOLUTION	3	$35 ($35/30)
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION FLEX(70-30) 100 UNIT/ML SUSP	3	$35 ($35/30)
NOVOLOG FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	3	$35 ($35/30)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
NOVOLOG FLEXPEN RELION FLEX100 UNIT/ML SOLN	3	$35 ($35/30)
NOVOLOG MIX 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	$35 ($35/30)
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN FLEX(70-30) 100 UNIT/ML SUSP	3	$35 ($35/30)
NOVOLOG MIX 70/30 RELION (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	$35 ($35/30)
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	3	$35 ($35/30)
NOVOLOG RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	3	$35 ($35/30)
pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)	1	QL (90 PER 30 DAYS)
repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	1	
saxagliptin hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
saxagliptin-metformin er (er 5-1000 mg tab er, er 5-500 mg tab er)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
saxagliptin-metformin er 2.5-1000 mg tab 24h	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SEGLUROMET (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 7.5-1000 MG TAB, 7.5-500 MG TAB)	4	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER (ER 50-1000 MG TAB ER 24H, ER 50-500 MG TAB ER 24H)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER 100-1000 MG TAB 24H	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SITAGLIPTIN (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN HCL (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	1	QL (60 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SOLIQUA 100-33 UNT-MCG/ML SOLN PEN	3	QL (18 PER 30 OVER TIME), $35 ($35/30)
STEGLATRO (5 MG TAB, 15 MG TAB)	4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
SYNJARDY (5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR (5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	3	QL (30 PER 30 DAYS)
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	3	QL (30 PER 30 DAYS), $35 ($35/30)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	3	QL (45 PER 30 DAYS), $35 ($35/30)
TRADJENTA 5 MG TAB	3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIJARDY XR (5-2.5-1000 MG TAB ER 24H, 10-5-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-2.5-1000 MG TAB ER 24H, 25-5-1000 MG TAB ER 24H)	3	
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	3	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
XIGDUO XR (5-500 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H)	3	QL (30 PER 30 DAYS)
ANTIHYPOGLYCEMIC AGENTS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	3	
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	3	
diazoxide 50 mg/ml suspension	5	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
glucagon emergency (glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg recon soln)	3	
CONTRACEPTIVES		
abigale 1-0.5 mg tab	3	
abigale lo 0.5-0.1 mg tab	3	
amabelz 0.5-0.1 mg tab	3	
apri 0.15-30 mg-mcg tab	2	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	2	
aviane 0.1-20 mg-mcg tab	2	
azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	2	
balziva 0.4-35 mg-mcg tab	2	
blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	2	
briellyn 0.4-35 mg-mcg tab	2	
camila 0.35 mg tab	2	
cryselle 0.3-30 mg-mcg tab	2	
cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab	2	
daysee 0.15-0.03 &0.01 mg tab	2	
desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	2	
dolishale 90-20 mcg tab	2	
drospiren-eth estrad-levomefol 3-0.02-0.451 mg tab	2	
drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)	2	
eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring	3	QL (1 PER 28 OVER TIME)
enilloring 0.12-0.015 mg/24hr	3	QL (1 PER 28 OVER TIME)
errin 0.35 mg tab	2	
estarylla 0.25-35 mg-mcg tab	2	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
estradiol-norethindrone acet (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)	3	
ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)	2	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring	2	QL (1 PER 28 OVER TIME)
feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	2	
feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab	2	
fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)	3	
gallifrey 5 mg tab	2	
hailey 24 fe 1-20 mg-mcg() tab	2	
hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	2	
heather 0.35 mg tab	2	
iclevia 0.15-0.03 mg tab	2	QL (91 PER 91 DAYS)
introvale 0.15-0.03 mg tab	2	QL (91 PER 91 DAYS)
jaimiess 0.15-0.03 &0.01 mg tab	2	
jasmiel 3-0.02 mg tab	2	
jinteli 1-5 mg-mcg tab	3	
junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	2	
junel 1/20 1-20 mg-mcg tab	2	
junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	2	
junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	2	
junel fe 24 1-20 mg-mcg() tab	2	
kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	2	
kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab	2	
lessina 0.1-20 mg-mcg tab	2	
levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	2	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	2	
levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 &0.01 mg tab	2	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 mg tab	2	QL (91 PER 91 DAYS)
levonorgestrel-ethinyl estrad 90-20 mcg tab	2	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	3	QL (1 PER 365 OVER TIME), BVD
LO LOESTRIN FE ESTRIN 1 MG-10 MCG / 10 MCG TAB	4	
loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab	4	
loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab	4	
loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	4	
loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	4	
loryna 3-0.02 mg tab	2	
luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	2	
luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab	2	
lutera 0.1-20 mg-mcg tab	2	
lyleq 0.35 mg tab	2	
marlissa 0.15-30 mg-mcg tab	2	
meleya 0.35 mg tab	2	
microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	2	
microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab	2	
microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	2	
microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	2	
mili 0.25-35 mg-mcg tab	2	
mimvey 1-0.5 mg tab	3	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	2	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	3	QL (1 PER 365 OVER TIME)
norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk	2	QL (4 PER 28 OVER TIME)
norethin ace-eth estrad-fe 1-20 mg-mcg tab	2	
norethindron-ethinyl estrad-fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab	2	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
norethindrone 0.35 mg tab	2	
norethindrone acet-ethinyl est 1-20 mg-mcg tab	2	
norethindrone acetate 5 mg tab	2	
norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)	3	
norgestim-eth estrad triphasic (0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab)	2	
norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab	2	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	2	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab	2	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	2	
nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	2	
nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab	2	
nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	2	
orquidea 0.35 mg tab	2	
portia-28 0.15-30 mg-mcg tab	2	
reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab	2	
SAFYRAL 3-0.03-0.451 MG TAB	4	
sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab	2	
tarina 24 fe 1-20 mg-mcg() tab	2	
tilia fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab	2	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	2	
tri-legest fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab	2	
tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab	2	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab	2	
tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	2	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab	2	
turqoz 0.3-30 mg-mcg tab	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
tydemy 3-0.03-0.451 mg tab	4	
valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab	2	
VALTYA 1/50 1-50 MG-MCG TAB	2	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	2	
vestura 3-0.02 mg tab	2	
vienva 0.1-20 mg-mcg tab	2	
viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	2	
vylibra 0.25-35 mg-mcg tab	2	
xarah fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab	2	
xulane 150-35 mcg/24hr patch wk	2	QL (4 PER 28 OVER TIME)
zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	2	
ESTROGENS AND ESTROGEN AGONISTS-ANTAGONISTS		
anastrozole 1 mg tab	2	QL (30 PER 30 DAYS)
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	4	
dotti (0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)	3	
dotti 0.025 mg/24hr patch tw	3	
DUAVEE 0.45-20 MG TAB	3	QL (30 PER 30 DAYS)
estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.025 mg/24hr patch wk)	3	
estradiol (0.0375 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch wk)	3	
estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	3	QL (450 PER 30 DAYS)
estradiol 0.01 % cream	3	QL (127.5 PER 30 OVER TIME)
estradiol 10 mcg tab	3	QL (30 PER 30 DAYS)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
exemestane 25 mg tab	3	QL (60 PER 30 DAYS)
FEMRING (0.05 MG/24HR RING, 0.1 MG/24HR RING)	4	ST, QL (1 PER 90 OVER TIME)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK (PACK 4 MCG INSERT, PACK 10 MCG INSERT)	4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
IMVEXXY STARTER PACK (PACK 4 MCG INSERT, PACK 10 MCG INSERT)	4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
letrozole 2.5 mg tab	2	QL (30 PER 30 DAYS)
lyllana (0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)	3	
lyllana 0.025 mg/24hr patch tw	3	
ORIAHNN 300-1-0.5 & 300 MG CAP THPK	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OSPHENA 60 MG TAB	4	QL (30 PER 30 DAYS)
PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	3	QL (30 PER 30 DAYS)
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	3	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
PREMPHASE 0.625-5 MG TAB	3	
PREMPRO (0.3-1.5 MG TAB, 0.45-1.5 MG TAB, 0.625-2.5 MG TAB, 0.625-5 MG TAB)	3	
raloxifene hcl 60 mg tab	2	QL (30 PER 30 DAYS)
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	4	
tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)	2	
toremifene citrate 60 mg tab	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
yuvafem 10 mcg tab	3	QL (30 PER 30 DAYS)
GONADOTROPINS AND ANTIGONADOTROPINS		
ELIGARD (7.5 MG KIT, 22.5 MG KIT, 30 MG KIT)	4	BVD

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 /VIAL RECON SOLN	5	BVD
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	4	BVD
leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit	4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	5	BVD
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	5	BVD
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	5	BVD
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	5	BVD
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 7.5 MG KIT	5	BVD
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 11.25 MG (PED) KIT	5	BVD
LUTRATE DEPOT 22.5 MG INJECTABLE	4	BVD
MYFEMBREE 40-1-0.5 MG TAB	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ORGOVYX 120 MG TAB	5	PA, QL (32 PER 30 DAYS)
ORILISSA 150 MG TAB	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ORILISSA 200 MG TAB	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	4	PA
TRELSTAR MIXJECT (3.75 MG RECON SUSP, 11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP)	4	BVD
PARATHYROID AND ANTIPARATHYROID AGENTS		
calcitonin (salmon) 200 unit/act solution	2	
cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	4	QL (120 PER 30 DAYS)
YORVIPATH (168 MCG/0.56ML SOLN PEN, 294 MCG/0.98ML SOLN PEN)	5	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
YORVIPATH 420 MCG/1.4ML SOLN PEN	5	PA, QL (2.8 PER 28 OVER TIME)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PITUITARY		
desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)	3	QL (180 PER 30 DAYS)
GENOTROPIN MINIQUICK (0.4 MG PRSYR, 0.6 MG PRSYR, 0.8 MG PRSYR, 1 MG PRSYR, 1.2 MG PRSYR, 1.4 MG PRSYR, 1.6 MG PRSYR, 1.8 MG PRSYR, 2 MG PRSYR)	5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK 0.2 MG PRSYR	4	PA
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLN	5	PA
PROGESTINS		
CRINONE 4 % GEL	4	PA
DEPO-SUBQ PROVERA 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	3	QL (1 PER 90 OVER TIME)
medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)	2	QL (1 PER 90 OVER TIME)
medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	2	
megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab)	2	
megestrol acetate (40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	2	
megestrol acetate (megestrol acetate 625 mg/5ml suspension, megestrol acetate 625 mg/5ml suspension)	4	
progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)	3	
SOMATOSTATIN AGONISTS AND ANTAGONISTS		
octreotide acetate (50 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml)	4	PA
octreotide acetate (500 mcg/ml, 1000 mcg/ml)	5	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa
por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SOMATOTROPIN AGONISTS AND ANTAGONISTS		
GENOTROPIN (5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE)	5	PA
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	5	PA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 10 MG/1.5ML SOLN CART)	5	PA
SOMAVERT (15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SOMAVERT (25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SOMAVERT 10 MG RECON SOLN	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
THYROID AND ANTITHYROID AGENTS		
levothyroxine sodium (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)	1	
levoxyl (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)	3	
liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)	2	
methimazole (5 mg tab, 10 mg tab)	1	
propylthiouracil 50 mg tab	2	
SYNTHROID (25 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB, 100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 300 MCG TAB)	3	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TIROSINT-SOL (13 MCG/ML SOLUTION, 25 MCG/ML SOLUTION, 37.5 MCG/ML SOLUTION, 44 MCG/ML SOLUTION, 50 MCG/ML SOLUTION, 62.5 MCG/ML SOLUTION, 75 MCG/ML SOLUTION, 88 MCG/ML SOLUTION, 100 MCG/ML SOLUTION, 112 MCG/ML SOLUTION, 125 MCG/ML SOLUTION, 137 MCG/ML SOLUTION, 150 MCG/ML SOLUTION, 175 MCG/ML SOLUTION, 200 MCG/ML SOLUTION)	3	
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
5-ALPHA-REDUCTASE INHIBITORS		
dutasteride 0.5 mg cap	2	QL (30 PER 30 DAYS)
finasteride 5 mg tab	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ALCOHOL DETERRENTS		
acamprosate calcium 333 mg tab dr	3	QL (180 PER 30 DAYS)
disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)	3	
ANTIDOTES		
acetylcysteine 10 % solution	2	BVD
acetylcysteine 20 % solution	2	BVD
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	3	
leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)	3	
ANTIGOUT AGENTS		
allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)	1	
colchicine 0.6 mg tab	3	QL (120 PER 30 DAYS)
febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)	2	QL (30 PER 30 DAYS)
BONE ANABOLIC AGENTS		
EVENITY 105 MG/1.17ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (2.4 PER 30 OVER TIME)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
teriparatide (teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen, teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen)	5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	5	PA, QL (1.56 PER 30 OVER TIME)
BONE RESORPTION INHIBITORS		
alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)	1	
alendronate sodium 10 mg tab	1	
BILDYOS 60 MG/ML SOLN PRSYR	4	BVD
BILPREVDA 120 MG/1.7ML SOLUTION	5	BVD
ibandronate sodium 150 mg tab	2	QL (1 PER 28 OVER TIME)
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	4	BVD
risedronate sodium 150 mg tab	2	QL (1 PER 28 OVER TIME)
risedronate sodium 30 mg tab	3	QL (30 PER 30 DAYS)
risedronate sodium 35 mg tab	2	QL (4 PER 28 OVER TIME)
risedronate sodium 35 mg tab	3	QL (4 PER 28 OVER TIME)
risedronate sodium 5 mg tab	2	QL (30 PER 30 DAYS)
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	5	BVD
CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS		
acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)	2	
acetazolamide er 500 mg cap 12h	2	
dichlorphenamide 50 mg tab	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
COMPLEMENT INHIBITORS		
HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN)	5	PA, QL (16 PER 28 OVER TIME)
icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr	5	PA, QL (18 PER 30 OVER TIME)
ORLADEYO (110 MG CAP, 150 MG CAP, 150 MG PACKET)	5	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
ORLADEYO (72 MG PACKET, 96 MG PACKET, 108 MG PACKET, 132 MG PACKET)	5	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TAVNEOS 10 MG CAP	5	PA, LA, QL (180 PER 30 DAYS)
DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUGS		
AMJEVITA (40 MG/0.4ML SOLN A-INJ, 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR)	5	PA, QL (3.2 PER 28 OVER TIME)
AMJEVITA 20 MG/0.2ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (0.8 PER 28 OVER TIME)
AMJEVITA 80 MG/0.8ML SOLN A-INJ	5	PA, QL (2.4 PER 28 OVER TIME)
AURANOFIN 3 MG CAP	5	
AVTOZMA (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	5	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 /ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
COSENTYX 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
COSENTYX 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ	5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
ENBREL (25 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MG/0.5ML SOLUTION)	5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
ENBREL 50 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
ENTYVIO PEN 108 MG/0.68ML SOLN A-INJ	5	PA, QL (1.36 PER 28 OVER TIME)
HADLIMA (40 MG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR)	5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
HADLIMA PUSHTOUCH (40 MG/0.4ML SOLN A-INJ, 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ)	5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)	3	
PYZCHIVA (45 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	4	PA, QL (2 PER 84 OVER TIME)
PYZCHIVA (90 MG/ML SOLN A-INJ, 90 MG/ML SOLN PRSYR)	5	PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)
SELARSDI 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	4	PA, QL (2 PER 84 OVER TIME)
SELARSDI 45 MG/0.5ML SOLUTION	4	PA, QL (2 PER 84 OVER TIME)
SELARSDI 90 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)
STELARA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	5	PA, QL (2 PER 84 OVER TIME)
STELARA 90 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)
TALTZ (80 MG/ML SOLN A-INJ, 80 MG/ML SOLN PRSYR)	5	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
tofacitinib citrate (5 mg tab, 10 mg tab)	2	QL (60 PER 30 DAYS)
tofacitinib citrate 1 mg/ml solution	2	QL (300 PER 30 DAYS)
tofacitinib citrate er 11 mg tab 24h	2	QL (30 PER 30 DAYS)
tofacitinib citrate er 22 mg tab 24h	2	QL (60 PER 30 DAYS)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	5	PA, QL (3.6 PER 28 OVER TIME)
USTEKINUMAB (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	5	PA, QL (2 PER 84 OVER TIME)
USTEKINUMAB 90 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)
IMMUNOMODULATORY AGENTS		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION	5	PA
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
BESREMI PEN 500 MCG/0.5ML SOLN	5	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk	3	QL (60 PER 30 DAYS)
fingolimod hcl 0.5 mg cap	3	QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr	5	QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr	5	QL (12 PER 28 OVER TIME)
glatopa 20 mg/ml soln prsyr	5	QL (30 PER 30 DAYS)
glatopa 40 mg/ml soln prsyr	5	QL (12 PER 28 OVER TIME)
teriflunomide (7 mg tab, 14 mg tab)	3	QL (30 PER 30 DAYS)
THALOMID 100 MG CAP	5	QL (120 PER 30 DAYS)
THALOMID 50 MG CAP	5	QL (240 PER 30 DAYS)
IMMUNOSUPPRESSIVE AGENTS		
azathioprine (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	2	BVD
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	5	PA
cyclosporine (25 mg cap, 100 mg cap)	2	BVD
cyclosporine modified (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)	3	BVD
cyclosporine modified 50 mg cap	3	BVD
ENSPRYNG 120 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (5 PER 84 OVER TIME)
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	4	ST, BVD
gengraf (25 mg cap, 100 mg cap)	3	BVD
LUPKYNIS 7.9 MG CAP	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 250 mg cap, 500 mg tab)	3	BVD

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
mycophenolate sodium 180 mg tab dr	3	QL (240 PER 30 DAYS), BVD
mycophenolate sodium 360 mg tab dr	3	QL (120 PER 30 DAYS), BVD
mycophenolic acid 180 mg tab dr	3	QL (240 PER 30 DAYS), BVD
mycophenolic acid 360 mg tab dr	3	QL (120 PER 30 DAYS), BVD
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	4	BVD
REZUROCK 200 MG TAB	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	4	BVD
sirolimus 1 mg/ml solution	4	BVD
tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)	2	BVD
tacrolimus er (er 0.5 mg cap er, er 1 mg cap er, er 5 mg cap er)	4	ST, BVD
OTHER MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
AQNEURSA 1 GM PACKET	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	5	PA
betaine powder	5	
CYSTAGON (50 MG CAP, 150 MG CAP)	4	PA
dalfampridine er 10 mg tab 12h	3	QL (60 PER 30 DAYS)
FILSPARI (200 MG TAB, 400 MG TAB)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
FIRDAPSE 10 MG TAB	5	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
ISTURISA 1 MG TAB	5	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
ISTURISA 5 MG TAB	5	PA, LA, QL (360 PER 30 DAYS)
l-glutamine 5 gm packet	5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
metyrosine 250 mg cap	5	PA
MYALEPT 11.3 MG RECON SOLN	5	PA, QL (67.8 PER 30 DAYS)
nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 20 mg cap)	5	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
NITYR (2 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	5	PA, QL (600 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ORFADIN 4 MG/ML SUSPENSION	5	PA, QL (1500 PER 30 DAYS)
PYRUKYND (5 MG TAB, 20 MG TAB, 50 MG TAB)	5	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
PYRUKYND TAPER PACK (PACK 5 MG TAB THPK, PACK 7 20 MG & 7 5 MG TAB THPK, PACK 7 50 MG & 7 20 MG TAB THPK)	5	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)	5	PA
VOXZOGO (0.4 MG RECON SOLN, 0.56 MG RECON SOLN, 1.2 MG RECON SOLN)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
PROTECTIVE AGENTS		
ELMIRON 100 MG CAP	4	
mesna 400 mg tab	5	
NONHORMONAL CONTRACEPTIVES		
PHEXX 1.8-1-0.4 % GEL	4	
RESPIRATORY TRACT AGENTS		
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
cromolyn sodium 100 mg/5ml conc	3	
CROMOLYN SODIUM 4 % SOLUTION	3	
FASENRA 10 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (0.5 PER 28 OVER TIME)
FASENRA 30 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (2 PER 56 OVER TIME)
FASENRA PEN 30 MG/ML SOLN A-INJ	5	PA, QL (2 PER 56 OVER TIME)
montelukast sodium (4 mg chew tab, 5 mg chew tab, 10 mg tab)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
montelukast sodium 4 mg packet	1	QL (30 PER 30 DAYS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
XOLAIR (150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XOLAIR 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)	3	QL (60 PER 30 DAYS)
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (RESPIRATORY)		
azelastine-fluticasone 137-50 mcg/act suspension	4	ST, QL (23 PER 30 OVER TIME)
cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln	3	BVD
ANTIFIBROTIC AGENTS		
nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)	5	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
pirfenidone 801 mg tab	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
CYSTIC FIBROSIS TRANSMEMBRANE CONDUCTANCE REGULATOR MODULATORS		
KALYDECO (5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ORKAMBI (100-125 MG TAB, 200-125 MG TAB)	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ORKAMBI (75-94 MG PACKET, 100-125 MG PACKET, 150-188 MG PACKET)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TRIKAFTA (50-25-37.5 75 MG TAB THPK, 100-50-75 150 MG TAB THPK)	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
TRIKAFTA (80-40-60 59.5 MG THER PACK, 100-50-75 75 MG THER PACK)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
MUCOLYTIC AGENTS		
BRONCHITOL 40 MG CAP	5	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
BRONCHITOL TOLERANCE TEST 40 MG CAP	5	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	5	QL (150 PER 30 DAYS), BVD
VASODILATING AGENTS		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)	5	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
bosentan (62.5 mg tab, 125 mg tab)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
bosentan 32 mg tab sol	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
macitentan 10 mg tab	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
riociguat (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab)	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
UPTRAVI (200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB, 1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	5	PA, QL (200 PER 180 OVER TIME)
WINREVAIR (2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	5	PA
WINREVAIR 2 X 45 MG KIT	5	PA
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS		
ANTI-INFECTIVES		
acyclovir 5 % ointment	3	
benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel	3	
ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)	3	
ciclopirox 8 % solution	3	NM

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)	3	
CLEOCIN 100 MG SUPPOS	4	
clindamycin phos (once-daily) 1 % gel	3	
clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel	3	
clindamycin phos-benzoyl perox 1-5 % gel	3	ST
clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-2.5 % gel	2	ST
clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel	2	
clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab, 2 % cream)	3	
clotrimazole (1 % cream, 1 % solution)	2	
clotrimazole 10 mg troche	2	
clotrimazole-betamethasone (clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion)	3	
econazole nitrate 1 % cream	3	
ERY 2 % PAD	2	
erythromycin (erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % solution)	2	
gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)	3	
ivermectin 1 % cream	3	ST, QL (45 PER 30 OVER TIME)
ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo)	3	
klayesta 100000 unit/gm powder	2	
metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % gel, 0.75 % lotion)	3	
metronidazole 1 % gel	3	QL (60 PER 30 DAYS)
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	4	
mupirocin 2 % ointment	3	
mupirocin calcium 2 % cream	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
naftifine hcl 2 % cream	3	
nyamyc 100000 unit/gm powder	2	
nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment)	2	
nystatin 100000 unit/gm powder	2	
nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)	3	
nystop 100000 unit/gm powder	2	
oxiconazole nitrate 1 % cream	3	
permethrin 5 % cream	3	
silver sulfadiazine 1 % cream	2	
SPINOSAD 0.9 % SUSPENSION	4	
ssd 1 % cream	2	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion	3	
terconazole (0.4 %, 0.8 %)	3	
terconazole 80 mg suppos	3	
VANDAZOLE 0.75 % GEL	3	
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
alclometasone dipropionate (alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment, alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment)	3	
betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	3	
betamethasone dipropionate aug (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	3	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
betamethasone valerate (betamethasone valerate 0.1 % cream, betamethasone valerate 0.1 % lotion, betamethasone valerate 0.1 % ointment, betamethasone valerate 0.12 % foam, betamethasone valerate 0.1 % lotion)	3	
calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % ointment	4	
calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % suspension	3	
clobetasol prop emollient base 0.05 % cream	3	
clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment, 0.05 % shampoo, 0.05 % solution)	3	
clobetasol propionate 0.05 % liquid	3	QL (125 PER 14 OVER TIME)
desonide (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	3	
desoximetasone (0.25 % cream, 0.25 % ointment)	4	
diclofenac sodium 1.5 % solution	3	QL (450 PER 30 DAYS)
diclofenac sodium 3 % gel	3	
ENSTILAR 0.005-0.064 % FOAM	5	
EUCRISA 2 % OINTMENT	3	QL (60 PER 30 DAYS)
fluocinolone acetonide 0.01 % solution	3	
fluocinolone acetonide 0.025 % ointment	3	
fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil	3	
fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)	3	
fluocinonide emulsified base 0.05 % cream	3	
fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)	2	
halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
hydrocortisone (hydrocortisone 1 % cream, hydrocortisone 1 % ointment, hydrocortisone 2.5 % cream, hydrocortisone 2.5 % ointment, hydrocortisone 2.5 % lotion, hydrocortisone 2.5 % lotion)	2	
hydrocortisone (perianal) (hydrocortisone (perianal) 1 % cream, hydrocortisone (perianal) 2.5 % cream)	2	
hydrocortisone 100 mg/60ml enema	3	
mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)	2	
procto-med hc 2.5 % cream	2	
proctosol hc 2.5 % cream	2	
proctozone-hc 2.5 % cream	2	
triamcinolone acetonide (triamcinolone acetonide 0.025 % cream, triamcinolone acetonide 0.025 % lotion, triamcinolone acetonide 0.025 % ointment, triamcinolone acetonide 0.1 % cream, triamcinolone acetonide 0.1 % lotion, triamcinolone acetonide 0.1 % ointment, triamcinolone acetonide 0.5 % cream, triamcinolone acetonide 0.5 % ointment, triamcinolone acetonide 0.025 % lotion)	2	
triderm 0.5 % cream	2	
KERATOLYTIC AGENTS		
ammonium lactate 12 % cream	2	
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS		
accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	3	
acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)	4	QL (60 PER 30 DAYS)
adapalene (0.1 % cream, 0.3 % gel)	3	ST
ADBRY (150 MG/ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ)	5	PA, QL (6 PER 28 OVER TIME)
ALTRENO 0.05 % LOTION	4	QL (45 PER 30 OVER TIME)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	3	
amnesteem 30 mg cap	3	
azelaic acid 15 % gel	3	QL (50 PER 30 OVER TIME)
AZELEX 20 % CREAM	4	ST
bexarotene 1 % gel	5	PA
calcipotriene (calcipotriene 0.005 % ointment, calcipotriene 0.005 % solution, calcipotriene 0.005 % cream, calcipotriene 0.005 % solution)	3	
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	3	
CIBINQO (50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB)	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	3	
claravis 30 mg cap	3	
dapsone 5 % gel	3	ST
DUPIXENT 300 MG/2ML SOLN A-INJ	5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
DUPIXENT 300 MG/2ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
FILSUVEZ 10 % GEL	5	PA
FINACEA 15 % FOAM	4	
fluorouracil (fluorouracil 5 % cream, fluorouracil 2 % solution, fluorouracil 5 % solution)	3	
HYFTOR 0.2 % GEL	5	PA
imiquimod 5 % cream	3	
isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	3	
isotretinoin 30 mg cap	3	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	5	
PANRETIN 0.1 % GEL	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
pimecrolimus 1 % cream	4	ST
PODOFILOX 0.5 % SOLUTION	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	4	
tacrolimus (0.03 %, 0.1 %)	3	QL (100 PER 30 OVER TIME)
tazarotene (0.05 % gel, 0.1 % gel)	4	
tazarotene 0.05 % cream	4	ST
tazarotene 0.1 % cream	3	ST
tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)	3	
tretinoin 0.05 % gel	3	ST
tretinoin microsphere (tretinoin microsphere 0.04 % gel, tretinoin microsphere 0.04 % gel, tretinoin microsphere 0.1 % gel, tretinoin microsphere 0.1 % gel)	4	ST
TRETINOIN MICROSPHERE PUMP (PUMP 0.04 % GEL, PUMP 0.1 % GEL)	4	ST
VALCHLOR 0.016 % GEL	5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VTAMA 1 % CREAM	4	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	3	
zenatane 30 mg cap	3	

SKIN AND MUCOUS MEMBRANE PREPARATIONS

ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS

AGONEAZE 2.5-2.5 % KIT	3	
HYDROCORT-PRAMOXINE (PERIANAL) 1-1 % CREAM	3	
lidocaine 5 % patch	3	
lidocaine viscous hcl 2 % solution	3	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream	3	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % kit	3	
lidocan 5 % patch	3	
LIVIXIL PAK 2.5-2.5 % KIT	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PRILOVIX 2.5-2.5 % KIT	3	
prilovix lite 2.5-2.5 % kit	3	
prilovix lite plus 2.5-2.5 % kit	3	
PRILOVIX PLUS 2.5-2.5 % KIT	3	
prilovix ultralite 2.5-2.5 % kit	3	
prilovix ultralite plus 2.5-2.5 % kit	3	

SMOOTH MUSCLE RELAXANTS

GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS

darifenacin hydrobromide er (er 7.5 mg tab er, er 15 mg tab er)	3	QL (30 PER 30 DAYS)
fesoterodine fumarate er (er 4 mg tab er, er 8 mg tab er)	4	QL (30 PER 30 DAYS)
flavoxate hcl 100 mg tab	2	
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	3	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	3	QL (300 PER 30 DAYS)
oxybutynin chloride 5 mg tab	1	QL (120 PER 30 DAYS)
oxybutynin chloride 5 mg/5ml solution	2	QL (473 PER 23 DAYS)
oxybutynin chloride er (er 5 mg tab er, er 10 mg tab er, er 15 mg tab er)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
solifenacin succinate (5 mg tab, 10 mg tab)	2	QL (30 PER 30 DAYS)
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	2	QL (60 PER 30 DAYS)
tolterodine tartrate er (er 2 mg cap er, er 4 mg cap er)	3	QL (30 PER 30 DAYS)
trospium chloride 20 mg tab	2	QL (60 PER 30 DAYS)
trospium chloride er 60 mg cap 24h	3	QL (30 PER 30 DAYS)

RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS

roflumilast (250 mcg tab, 500 mcg tab)	3	QL (30 PER 30 DAYS)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
theophylline er (theophylline er 400 mg tab er 24h, theophylline er 600 mg tab er 24h, theophylline er 100 mg tab er 12h, theophylline er 300 mg tab er 12h, theophylline er 200 mg tab er 12h)	3	

SUPPLIES

ALCOH-GLOVE CONTOURED WIPE PAD	2	
AQ INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	QL (200 PER 30 DAYS)
AQINJECT PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	QL (200 PER 30 DAYS)
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE (PEN 5 MISC, PEN 8 MISC)	2	
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 28G X 1/2" 1 ML MISC	2	QL (200 PER 30 DAYS)
BD INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	2	QL (200 PER 30 DAYS)
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML MISC	2	QL (200 PER 30 DAYS)
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	QL (200 PER 30 DAYS)
EMBECTA INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	QL (200 PER 30 DAYS)
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" ML MISC	2	QL (200 PER 30 DAYS)
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	2	QL (200 PER 30 DAYS)
ESSENTRA WIPES 9X9" 70 % SHEET	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G 1/2" 0.5 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC)	2	QL (200 PER 30 DAYS)
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G 1/2" 1 ML MISC, 28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	QL (200 PER 30 DAYS)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR (29G 1/2" 0.3 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC)	2	QL (200 PER 30 DAYS)
MARATHON MEDICAL PENTIPS (31G 5 MISC, 31G 8 MISC, 32G 4 MISC)	2	QL (200 PER 30 DAYS)
MARATHON MEDICAL PENTIPS 29GX12MMMISC	2	QL (200 PER 30 DAYS), NM
MONOJECT ALLERGIST TRAY 27G X 1/2" 1 ML KIT	2	QL (200 PER 30 DAYS)
MONOJECT INSULIN SYRINGE (27G 1/2" 1 ML MISC, 28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.3 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC)	2	QL (200 PER 30 DAYS)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	QL (200 PER 30 DAYS)
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	QL (200 PER 30 DAYS)
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	QL (200 PER 30 DAYS)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT	3	PA, QL (1 PER 365 DAYS)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 MISC	3	PA, QL (15 PER 30 OVER TIME)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) KIT	3	PA, QL (1 PER 365 DAYS)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5) MISC	3	PA, QL (15 PER 30 OVER TIME)
OMNIPOD 5 LIBRE INTRO KIT	3	PA, QL (1 PER 365 DAYS)
OMNIPOD 5 LIBRE PODS MISC	3	PA, QL (15 PER 30 OVER TIME)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	3	PA, QL (1 PER 365 DAYS)
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT	3	PA, QL (1 PER 365 DAYS)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) MISC	3	PA, QL (15 PER 30 OVER TIME)
PEN NEEDLES (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	QL (200 PER 30 DAYS)
PENTIPS (31G 5 MISC, 31G 8 MISC, 32G 4 MISC)	2	QL (200 PER 30 DAYS)
PENTIPS 29GX12MMMISC	2	QL (200 PER 30 DAYS), NM
PRO COMFORT PEN NEEDLES (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	2	QL (200 PER 30 DAYS)
SOL-CARE SAFETY SYRINGE ALLERG 27G X 1/2" 1 ML KIT	2	QL (200 PER 30 DAYS)
SURE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	QL (200 PER 30 DAYS)
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32GX4MMMISC	2	
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	QL (200 PER 30 DAYS)
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR 29G X 1/2" 1 ML MISC	2	QL (200 PER 30 DAYS)

Uncategorized

Unclassified

PRENOVIA PLUS 27-1 MG CAP	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa
por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VITAMINS		
VITAMIN D		
calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)	4	
calcitriol 1 mcg/ml solution	4	
doxercalciferol (doxercalciferol 0.5 mcg cap, doxercalciferol 1 mcg cap, doxercalciferol 2.5 mcg cap, doxercalciferol 0.5 mcg cap, doxercalciferol 1 mcg cap, doxercalciferol 2.5 mcg cap)	2	
paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap)	3	
ALTRIXA OB 15-0.4-0.6 MG TAB	3	
ATABEX EC AEX 29-1 MG DR	3	
AZENTRA 13-1 MG TAB	3	
AZESCO 13-1 MG TAB	3	
C-NATE DHA 28-1-200 MG CAP	3	
CITRANATAL 90 DHA -1 & 300 MG MISC	3	
CITRANATAL ASSURE 35-1 & 300 MG MISC	3	
CITRANATAL B-CALM 20-1 MG & 2 X 25 MG MISC	3	
CITRANATAL DHA 27-1 & 250 MG MISC	3	
CITRANATAL HARMONY 27-1-260 MG CAP	3	
CO-NATAL FA TAB	3	
COMPLETE NATAL DHA 29-1-200 & 200 MG MISC	3	
COMPLETENATE 29-1 MG CHEW TAB	3	
DERMACINRX PNV PRENATOL 27-1 MG TAB	3	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
DERMACINRX PRETRATE 1 MG TAB	3	
DUET DHA 400 25-1 & MG MISC	3	
DUET DHA BALANCED 25-1 & 267 MG MISC	3	
EMBRIVA 13-1 MG TAB	3	
FOLATEXCEL 20-1 MG TAB	3	
GESTYRA 13-1 MG TAB	3	
INATAL GT TAB	3	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON 30-1 MG TAB	3	
LUNATAL DHA 18-0.6-0.4-350 MG CAP	3	
M-NATAL PLUS 27-1 MG TAB	3	
MATERNACEL 20-1 MG TAB	3	
MATERVIA 0.5 MG CAP	3	
MATRIAPRO 29-1 MG CHEW TAB	3	
MATRONEX 27-1 MG TAB	3	
MULTI-MAC 15-0.75-1 MG TAB	3	
nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab	2	
NATACHEW NATA28-1 MG TAB	3	
NATAL PNV 6-0.5 MG TAB	3	
NATALCHEW 29-1 MG TAB	3	
NATALCORE 29-1 MG CHEW TAB	3	
NATALVIT TAB	3	
NEO-VITAL RX 1 MG TAB	3	
NEOMATERNA 20-1 MG TAB	3	
NEONATAL + DHA 29-1 & 200 MG MISC	3	
NEONATAL COMPLETE (27-1 MG TAB, 29-1 MG TAB)	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
NEONATAL PLUS 27-1 MG TAB	3	
NESTABS DHA 32-1 MG MISC	3	
NESTABS NESS 32-1 MG	3	
NIVA-PLUS 27-1 MG TAB	3	
NOVYRA 27-1 MG TAB	3	
NUTRICHEW 29-1 MG TAB	3	
OB COMPLETE ONE 50-1-476 MG CAP	3	
OB COMPLETE PETITE 35-5-1-200 MG CAP	3	
OB COMPLETE PREMIER 30-20-1 MG TAB	3	
OB COMPLETE/DHA 30-10-1-200 MG CAP	3	
OBSTETRIX EC (WITH DOCUSATE) 29-1 MG TAB	3	
ONE VITE WOMENS PLUS 27-1 MG TAB	3	
ONENATAL RX 1 MG TAB	3	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	3	
PNV PRENATAL PLUS MULTIVIT+DHA 27-1 & 312 MG MISC	3	
PNV TABS 20-1 S MG	3	
PNV-DHA+DOCUSATE 27-1.25-300 MG CAP	3	
PNV-SELECT 27-0.6-0.4 MG TAB	3	
PREGEN DHA 28-1-35 MG CAP	3	
PREGENNA 20-1 MG TAB	3	
PRENA 1 TRUE 30-.4 & 300 MG MISC	3	
PRENA1 1.4 MG CHEW TAB	3	
PRENA1 PEARL 30-1.4-200 MG CAP ER	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PRENACHEW 29-1 MG TAB	3	
PRENACORE 29-1 MG CHEW TAB	3	
PRENAISSANCE 29-1.25-325 MG CAP	3	
PRENAISSANCE PLUS 28-1-250 MG CAP	3	
PRENATAL 19 (19 CHEW TAB, 19 29-1 MG CHEW TAB, 19 29-1 MG TAB)	3	
PRENATAL 27-1 MG TAB	3	
PRENATAL PLUS 27-1 MG TAB	3	
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL 27-1 MG TAB	3	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON 27-1 MG TAB	3	
PRENATE DHA 18-0.6-0.4-300 MG CAP	3	
PRENATE ELITE 20-0.6-0.4 MG TAB	3	
PRENATE ENHANCE 28-0.6-0.4-400 MG CAP	3	
PRENATE MINI 18-0.6-0.4-350 MG CAP	3	
PRENATE PIXIE 10-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
PRENATE RESTORE 27-0.6-0.4-400 MG CAP	3	
PRENATRIX 27-1 MG TAB	3	
PRENATRYL 27-1 MG TAB	3	
PRENATVITE COMPLETE 1 MG TAB	3	
PRENATVITE PLUS 1 MG TAB	3	
PRENATVITE RX 0.8 MG TAB	3	
PRENOVA 0.8 MG TAB	3	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PRENYRA 13-1 MG TAB	3	
PRIMACARE 30-1-470 MG CAP	3	
PROVIDA OB 20-20-1.25 MG CAP	3	
RELEVIA 27-1 MG TAB	3	
SE-NATAL 19 (19 29-1 MG CHEW TAB, 19 29-1 MG TAB)	3	
SELECT-OB (29-0.6-0.4 MG CHEW TAB, 29-1 MG CHEW TAB)	3	
SELECT-OB+DHA 29-1 & 250 MG MISC	3	
SODIUM FLUORIDE (0.55 (0.25 F) MG CHEW TAB, 1.1 (0.5 F) MG CHEW TAB, 1.1 (0.5 F) MG TAB, 2.2 (1 F) MG CHEW TAB, 2.2 (1 F) MG TAB)	2	
THRIVITE RX 29-1 MG TAB	3	
TRICARE TAB	3	
TRINATAL RX 1 60-MG TAB	3	
TRINATE TAB	3	
TRISTART DHA 31-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
VIRT-NATE DHA 28-1-200 MG CAP	3	
VITAFOL FE+ 90-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
VITAFOL GUMMIES 3.33-0.333-34.8 MG CHEW TAB	3	
VITAFOL ULTRA 29-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
VITAFOL-NANO 18-0.6-0.4 MG TAB	3	
VITAFOL-OB TAB	3	
VITAFOL-OB+DHA 65-1 & 250 MG MISC	3	
VITAFOL-ONE 29-1-200 MG CAP	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VITALARA 20-1 MG TAB	3	
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC 30-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
VITAMEDMD REDICHEW RX 1.4 MG TAB	3	
VITAPEARL 30-1.4-200 MG CAP ER	3	
VITATHELY WITH GINGER 27-1 MG TAB	3	
VITATRUE 30-1.4 & 300 MG MISC	3	
VIVA DHA 28-1-200 MG CAP	3	
WESNATAL DHA COMPLETE 29-1-200 & 200 MG MISC	3	
WESNATE DHA 28-1-200 MG CAP	3	
WESTAB PLUS WES27-1 MG	3	
WESTGEL DHA 31-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
ZALVIT 13-1 MG TAB	3	
ZIPHEX 13-1 MG TAB	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la
página viii.

Índice de medicamentos

A

abacavir sulfate . . . 10
abacavir sulfate-lamivudine . . 10
abigale . . . 92
abigale lo . . . 92
ABILIFY ASIMTUFII . . . 61
ABILIFY MAINTENA . . . 61
abiraterone acetate . . . 15
abirtega . . . 15
ABRYSVO . . . 27
acamprosate calcium . . . 101
acarbose . . . 87
accutane . . . 113
acebutolol hcl . . . 40
acetaminophen-codeine . . . 47
acetazolamide . . . 102
acetazolamide er . . . 102
acetic acid . . . 81
acetylcysteine . . . 101
acitretin . . . 113
ACTHIB . . . 27
ACTIMMUNE . . . 104
acyclovir . . . 10,109
acyclovir sodium . . . 10
ADACEL . . . 27
adapalene . . . 113
ADBRY . . . 113
adefovir dipivoxil . . . 10
ADEMPAS . . . 109
AGONEAZE . . . 115
AJOVY . . . 56
ak-poly-bac . . . 76
AKEEGA . . . 15
albendazole . . . 1
albuterol sulfate . . . 32
albuterol sulfate hfa . . . 32
alclometasone dipropionate . . . 111
ALCOH-GLOVE CONTOURED WIPE . . . 117
ALECENSA . . . 15
alendronate sodium . . . 102
alfuzosin hcl er . . . 32
aliskiren fumarate . . . 44
allopurinol . . . 101
ALOGLIPTIN BENZOATE . . . 87
ALOGLIPTIN-METFORMIN HCL . . . 87
ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE . . . 87
alosetron hcl . . . 81
ALPHAGAN P . . . 80
alprazolam . . . 58
alprazolam er . . . 58
ALPRAZOLAM INTENSOL . . . 58
alprazolam xr . . . 58
ALTRENO . . . 113
ALTRIXA OB . . . 120
ALUNBRIG . . . 15,16
amabelz . . . 92
amantadine hcl . . . 10
ambrisentan . . . 109
amikacin sulfate . . . 1
amiloride hcl . . . 72
AMILORIDE-HYDROCHLOROTHIAZIDE . . . 72
amiodarone hcl . . . 43
amitriptyline hcl . . . 61
AMJEVITA . . . 103
amlodipine besy-benazepril hcl . . . 41
amlodipine besylate . . . 41
amlodipine besylate-valsartan . . . 41
amlodipine-atorvastatin . . . 38
amlodipine-olmesartan . . . 41
ammonium lactate . . . 113
amnesteem . . . 114
amoxapine . . . 61
AMOXICILL-CLARITHRO-LANSOPRAZ . . . 1
amoxicillin . . . 1
amoxicillin trihydrate . . . 1
amoxicillin-pot clavulanate . . . 1
amphetamine-dextroamphet er . . . 49
amphetamine-dextroamphetamine . . . 49
AMPHOTERICIN B . . . 7
amphotericin b liposome . . . 7
ampicillin . . . 1
ampicillin sodium . . . 1
ampicillin-sulbactam sodium . . . 1
anagrelide hcl . . . 37
anastrozole . . . 96
ANORO ELLIPTA . . . 30
APLENZIN . . . 61
apomorphine hcl . . . 57
APRACLONIDINE HCL . . . 81
aprepitant . . . 82
apri . . . 92
APTIVUS . . . 10
AQ INSULIN SYRINGE . . . 117
AQINJECT PEN NEEDLE . . . 117
AQNEURSA . . . 106
ARANELLE . . . 92
ARANESP (ALBUMIN FREE) . . . 35
ARCALYST . . . 106
AREXVY . . . 27
arformoterol tartrate . . . 33
ARIKAYCE . . . 1
aripiprazole . . . 61
ARISTADA . . . 61
ARISTADA INITIO . . . 61
armodafinil . . . 49
ARNUITY ELLIPTA . . . 78
ascomp-codeine . . . 47
asenapine maleate . . . 62
ASMANEX (120 METERED DOSES) . . . 85
ASMANEX (30 METERED DOSES) . . . 85
ASMANEX (60 METERED DOSES) . . . 85
ASMANEX HFA . . . 85

aspirin-dipyridamole er 46
ATABEX EC 120
atazanavir sulfate 10
atenolol 40
atenolol-chlorthalidone 40
atomoxetine hcl 60
ATOMOXETINE HCL 60
atorvastatin calcium 38
atovaquone 9
atovaquone-proguanil hcl 9
atropine sulfate 78
AUGTYRO 16
AURANOFIN 103
AUSTEDO 70
AUSTEDO XR 70
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 70
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 117
AUVELITY 62
AUVI-Q 33
aviane 92
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 16
AVTOZMA 103
AYVAKIT 16
azathioprine 105
azelaic acid 114
azelastine hcl 80
azelastine-fluticasone 108
AZELEX 114
AZENTRA 120
AZESCO 120
azithromycin 2
aztreonam 2
azurette 92

B

bac (butalbital-acetamin-caff) 47
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 76
BACITRACIN-POLYMYXIN B 77
baclofen 32
balsalazide disodium 81
BALVERSA 16
balziva 92
BAQSIMI ONE PACK 91
BAQSIMI TWO PACK 91
BARACLUDE 10
BAXDELA 2
BCG VACCINE 28
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 117
BD INSULIN SYRINGE U-500 117
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 117
BELSOMRA 58
benazepril hcl 44
benazepril-hydrochlorothiazide 44
BENLYSTA 105
benzoyl peroxide-erythromycin 109
benztropine mesylate 57
bepotastine besilate 80
BEQALZI 16
BEQALZI STARTER PACK 16
BESIFLOXACIN HCL 77
BESREMI 104
BESREMI PEN 105
betaine 106
betamethasone dipropionate 111
betamethasone dipropionate aug 111
betamethasone valerate 112
betaxolol hcl 40
BETAXOLOL HCL 80
bethanechol chloride 31
BEVESPI AEROSPHERE 30
bexarotene 16,114
BEXSERO 28
bicalutamide 16
BICILLIN C-R 2
BICILLIN C-R 900/300 2
BICILLIN L-A 2
BIKTARVY 10
BILDYOS 102
BILPREVDA 102
bimatoprost 80
bisoprolol fumarate 40
bisoprolol-hydrochlorothiazide 40
BIVIGAM 26
BIXLENVO 10
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK 10
blisovi fe 1.5/30 92
BOOSTRIX 27
bosentan 109
BOSULIF 16
bosutinib 16
BRAFTOVI 16
BREO ELLIPTA 33
breyna 33
BREZTRI AEROSPHERE 30
briellyn 92
brimonidine tartrate 80
brinzolamide 80
brivaracetam 51
bromfenac sodium (once-daily) 78
bromocriptine mesylate 57
BRONCHITOL 109
BRONCHITOL TOLERANCE TEST 109
BRUKINSA 16
budesonide 85
budesonide er 81
budesonide-formoterol fumarate 33
bumetanide 72
buprenorphine 47
buprenorphine hcl 47

buprenorphine hcl-naloxone hcl....47
bupropion hcl....62
bupropion hcl er (smoking det)....62
bupropion hcl er (sr)....62
bupropion hcl er (xl)....62
BUPROPION HCL ER (XL)....62
buspirone hcl....59
butalbital-apap-caff-cod....47
butalbital-apap-caffeine....47
butalbital-asa-caff-codeine....47
butalbital-aspirin-caffeine....47
BYSANTI....62
BYSANTI TITRATION PACK A....62
BYSANTI TITRATION PACK B....62
BYSANTI TITRATION PACK C....62

C

C-NATE DHA....120
cabergoline....57
CABLIVI....34
CABOMETYX....16
calcipotriene....114
calcipotriene-betameth diprop....112
calcitonin (salmon)....98
CALCITRIOL....114
calcitriol....120
calcium acetate....73
calcium acetate (phos binder)....73
CALQUENCE....16
camila....92
candesartan cilexetil....44
candesartan cilexetil-hctz....44
CAPLYTA....62
CAPRELSA....16
captopril....44
carbamazepine....51
CARBAMAZEPINE....51
carbamazepine er....51
carbidopa....57
carbidopa-levodopa....57
carbidopa-levodopa er....57
CARBIDOPA-LEVODOPA ER57
carbidopa-levodopa-entacapone....58
carglumic acid....70
carisoprodol....32
CARTEOLOL HCL....40
cartia xt....41
carvedilol....40
carvedilol phosphate er....40
caspofungin acetate....7
cataflam....47
CAYSTON....2
CEFACLOR....2
CEFACLOR ER....2
cefadroxil....2
cefazolin sodium....2
cefdinir....2
cefepime hcl....2
cefixime....2
CEFIXIME....2
cefoxitin sodium....3
CEFPODOXIME PROXETIL....3
cefprozil....3
ceftaroline fosamil....3
CEFTAZIDIME....3
ceftriaxone sodium....3
cefuroxime axetil....3
cefuroxime sodium....3
celecoxib....47
cephalexin....3
cetirizine hcl....15
CHEMET....84
chlorhexidine gluconate....77
chloroquine phosphate....9
chlorpromazine hcl....62
chlorthalidone....72
CHOLBAM....84
cholestyramine....38
cholestyramine light....38
CIBINQO....114
ciclopirox....109
ciclopirox olamine....110
cilostazol....34
CILOXAN....77
CIMDUO....10
cimetidine....82
cinacalcet hcl....98
CIPRO HC....77
ciprofloxacin hcl....3,77
ciprofloxacin in d5w....3
ciprofloxacin-dexamethasone....77
ciprofloxacin-hydrocortisone....77
citalopram hydrobromide....62
CITRANATAL 90 DHA....120
CITRANATAL ASSURE....120
CITRANATAL B-CALM....120
CITRANATAL DHA....120
CITRANATAL HARMONY....120
claravis....114
clarithromycin....3
clarithromycin er....3
CLENPIQ....83
CLEOCIN....110
clindamycin hcl....3
clindamycin palmitate hcl....3
clindamycin phos (once-daily)110
clindamycin phos (twice-daily)110
clindamycin phos-benzoyl perox....110
clindamycin phosphate....4,110
clindamycin phosphate in d5w....4
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5)....71
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10)....71

CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) . . . 71
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) . . . 71
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) . . . 71
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) . . . 71
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) . . . 71
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) . . . 71
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) . . . 71
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 71
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 71
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) . 71
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) 71
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) 71
clinisol sf . . . 72
clobazam . . . 51
clobetasol prop emollient base . . . 112
clobetasol propionate . . . 112
clomipramine hcl . . . 63
clonazepam . . . 51
clonidine . . . 43
clonidine hcl . . . 43
clonidine hcl er . . . 43
clopidogrel bisulfate . . . 37
clorazepate dipotassium . . . 59
clotrimazole . . . 110
clotrimazole-betamethasone . . . 110
clozapine . . . 63
CO-NATAL FA . . . 120
COARTEM . . . 9
COBENFY . . . 63
COBENFY STARTER PACK 63
colchicine . . . 101
colchicine-probenecid . . . 76
colesevelam hcl . . . 38
colestipol hcl . . . 38
colistimethate sodium (cba) . . . 4
COMBIGAN . . . 80
COMBIVENT RESPIMAT . . . 30
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) . . . 16
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) . . . 16
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) . . . 17
COMPLETE NATAL DHA . . . 120
COMPLETENATE . . . 120
compro . . . 63
constulose . . . 70
COPIKTRA . . . 17
COSENTYX . . . 103
COSENTYX (300 MG DOSE) . . . 103
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) . . . 103
COSENTYX SENSOREADY PEN . . . 103
COSENTYX UNOREADY . . . 103
COTELLIC . . . 17
CREON . . . 83
CRESEMBA . . . 7
CRINONE . . . 99
cromolyn sodium . . . 107,108
CROMOLYN SODIUM . . . 107
cryselle . . . 92
cryselle-28 . . . 92
cyclobenzaprine hcl . . . 32
CYCLOPHOSPHAMIDE . . . 17
cyclosporine . . . 105
cyclosporine (pf) . . . 78
cyclosporine modified . . . 105
cyproheptadine hcl . . . 15
CYSTAGON . . . 106

D

dabigatran etexilate mesylate . . 37
dalbavancin hcl . . . 4
dalfampridine er . . . 106
danazol . . . 86
DANZITEN . . . 17
dapaglifloz base-metformin er . . 87
dapagliflozin . . . 87
dapsone . . . 8,114
DAPTACEL . . . 27
daptomycin . . . 4
DAPTOMYCIN . . . 4
darifenacin hydrobromide er . . 116
darunavir . . . 10
dasatinib . . . 17
DAURISMO . . . 17
daysee . . . 92
deferasirox . . . 84,85
deferasirox granules . . . 85
deferiprone . . . 85
DELSTRIGO . . . 10
DEPO-ESTRADIOL . . . 96
DEPO-SUBQ PROVERA 104 . . 99
DERMACINRX PNV PRENATOL . . . 120
DERMACINRX PRETRATE . . 121
DESCOVY . . . 10
desipramine hcl . . . 63
desloratadine . . . 15
desmopressin acetate . . . 99
desogestrel-ethinyl estradiol . . . 92
desonide . . . 112
desoximetasone . . . 112
DESVENLAFAXINE ER . . . 63
desvenlafaxine succinate er . . . 63
dexamethasone . . . 85
DEXAMETHASONE . . . 85
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE . . . 78
dexmethylphenidate hcl er . . . 49

dextroamphetamine sulfate . . 49
dextroamphetamine sulfate er 49,50
dextrose 72
DEXTROSE-NACL 74
dextrose-sodium chloride 74
DIACOMIT 51
diazepam 59
diazepam intensol 59
diazoxide 91
dichlorphenamide 102
diclofenac potassium 47
diclofenac potassium(migraine) 47
diclofenac sodium 47,78,112
diclofenac sodium er 47
dicloxacillin sodium 4
dicyclomine hcl 30
DIFICID 4
diflunisal 47
digoxin 43
dihydroergotamine mesylate . 32
DILANTIN 52
DILANTIN INFATABS 52
DILANTIN-125 52
dilt-xr 41
diltiazem hcl 41
diltiazem hcl er 41
diltiazem hcl er beads 41
diltiazem hcl er coated beads 42
dimethyl fumarate 105
dimethyl fumarate starter pack 105
DIPENTUM 81
diphenoxylate-atropine 30
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 30
disulfiram 101
divalproex sodium 52
divalproex sodium er 52
dofetilide 43
dolishale 92
donepezil hcl 31
DOPTELET 35
dorzolamide hcl 80
dorzolamide hcl-timolol mal . . . 80
dorzolamide hcl-timolol mal pf 80
dotti 96
DOVATO 11
doxazosin mesylate 38
doxepin hcl 63
doxercalciferol 120
doxy 100 4
doxycycline hyclate 4
doxycycline monohydrate 4
DRIZALMA SPRINKLE 63
dronabinol 82
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 117
drospiren-eth estrad-levomefol 92
drospirenone-ethinyl estradiol 92
droxidopa 33
DUAVEE 96
DUET DHA 400 121
DUET DHA BALANCED 121
duloxetine hcl 63
DULOXETINE HCL 63
DUPIXENT 114
dutasteride 101
dutasteride-tamsulosin hcl 32

E

econazole nitrate 110
EDARBYCLOR 44
EDURANT PED 11
efavirenz 11
efavirenz-emtricitab-tenofo df . 11
efavirenz-lamivudine-tenofovir 11
eletriptan hydrobromide 56
ELIGARD 97
ELIQUIS 34,37
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 34
ELIQUIS (2 MG PACK) 37
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 34
ELMIRON 107
eltrombopag olamine 35
eluryng 92
EMBECTA INSULIN SYRINGE 117
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 117
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 117
EMBRIVA 121
EMGALITY 56
EMGALITY (300 MG DOSE) . . . 56
EMSAM 63
emtricitab-rilpivir-tenofov df 11
emtricitabine 11
emtricitabine-tenofovir df 11
EMTRIVA 11
enalapril maleate 44
enalapril-hydrochlorothiazide . . 44
ENBREL 103
ENBREL MINI 103
ENBREL SURECLICK 103
ENGERIX-B 28
enilloring 92
enoxaparin sodium 37
ENSACOVE 17
ENSPRYNG 105
ENSTILAR 112
entacapone 58
entecavir 11
ENTRESTO 44
ENTYVIO PEN 103
enulose 70
ENVARSUS XR 105
EPIDIOLEX 52
EPINEPHRINE 33
epinephrine 33

eplerenone....44
EPOGEN....35
EPRONTIA....52
EQUETRO....52
ERIVEDGE....17
ERLEADA....17
erlotinib hcl....17
errin....92
ertapenem sodium....4
ERY....110
erythrocin lactobionate....4
erythromycin....4,77,110
erythromycin base....4,5
erythromycin ethylsuccinate....5
erythromycin lactobionate....5
ERZOFRI....64
escitalopram oxalate....64
eslicarbazepine acetate....52
esomeprazole magnesium....82
ESSENTRA WIPES 9X9"....117
estarylla....92
estradiol....96
estradiol-norethindrone acet....93
eszopiclone....59
ETCAMAH....17
ethacrynic acid....72
ethambutol hcl....8
ethosuximide....52
ethynodiol diac-eth estradiol....93
etodolac....48
etodolac er....48
etonogestrel-ethinyl estradiol....93
etravirine....11
EUCRISA....112
EULEXIN....17
EVENITY....101
everolimus....17
EVOTAZ....11
exemestane....97
EXXUA....64
EXXUA TITRATION PACK....64
ezetimibe....38
ezetimibe-simvastatin....39

F

famciclovir....11
famotidine....82
FANAPT....64
FANAPT TITRATION PACK A....64
FANAPT TITRATION PACK B....64
FANAPT TITRATION PACK C....64
FARXIGA....87
FASENRA....107
FASENRA PEN....107
febuxostat....101
feirza 1.5/30....93
feirza 1/20....93
felbamate....52
felodipine er....42
FEMRING....97
fenofibrate....39
fenofibrate micronized....39
fenofibric acid....39
fenoprofen calcium....48
fentanyl....48
FERRIPROX....85
fesoterodine fumarate er....116
FETZIMA....64
FETZIMA TITRATION....64
FIASP....87
FIASP FLEXTOUCH....87
FIASP PENFILL....87
fidaxomicin....5
FILKRI....35
FILSPARI....106
FILSUVEZ....114
FINACEA....114
finasteride....101
fingolimod hcl....105
FINTEPLA....52
FIRDAPSE....106
FIRMAGON....98
FIRMAGON (240 MG DOSE)....98
FIRVANQ....5
FLAREX....79
flavoxate hcl....116
flecainide acetate....43
fluconazole....7
fluconazole in sodium chloride....8
flucytosine....8
fludrocortisone acetate....85
flunisolide....79
fluocinolone acetonide....79,112
fluocinolone acetonide scalp....112
fluocinonide....112
fluocinonide emulsified base....112
fluorometholone....79
fluorouracil....114
fluoxetine hcl....65
FLUOXETINE HCL....65
FLUOXETINE HCL (PMDD)....65
fluphenazine decanoate....65
fluphenazine hcl....65
FLUPHENAZINE HCL....65
flurbiprofen....48
FLURBIPROFEN SODIUM....79
fluticasone propionate....79,112
FLUTICASONE PROPIONATE DISKUS....79
FLUTICASONE PROPIONATE HFA....79
fluticasone propionate hfa....79
fluticasone-salmeterol....33
FLUTICASONE-SALMETEROL....33
fluvastatin sodium....39
fluvoxamine maleate....65
fluvoxamine maleate er....65
FML FORTE....79
FOLATEXCEL....121
fondaparinux sodium....37
formoterol fumarate....33

fosamprenavir calcium 11
fosfomycin tromethamine 14
fosinopril sodium 44
fosinopril sodium-hctz 44
FOTIVDA 17
frovatriptan succinate 56
FRUZAQLA 17
FULPHILA 36
furosemide 44,72
FUROSEMIDE 44,72
fyavolv 93
FYCOMPA 52
FYLNETRA 36

G

gabapentin 52,53
galantamine hydrobromide 31
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 31
galantamine hydrobromide er 31
gallifrey 93
GAMMAGARD 26
GAMMAGARD S/D LESS IGA 26
GAMMAKED 26
GAMMAPLEX 26
GAMUNEX-C 27
GARDASIL 9 28
gatifloxacin 77
GATTEX 83
GAVILYTE-C 83
gavilyte-g 83
gavilyte-n with flavor pack 83
GAVRETO 18
gefitinib 18
gemfibrozil 39
generlac 70
gengraf 105
GENOTROPIN 100
GENOTROPIN MINIQUICK 99
GENTAMICIN IN SALINE 5
gentamicin sulfate 5,77,110
GENVOYA 11
GESTYRA 121
GILOTRIF 18
glatiramer acetate 105
glatopa 105
glimepiride 87
glipizide 87
glipizide er 87
glipizide xl 87
glipizide-metformin hcl 88
glucagon emergency 92
glyburide-metformin 88
glycopyrrolate 30
GLYXAMBI 88
GOMEKLI 18
granisetron hcl 82
GRANIX 36
griseofulvin microsize 8
griseofulvin ultramicrosize 8
guanfacine hcl er 60

H

HADLIMA 103
HADLIMA PUSHTOUCH 104
HAEGARDA 102
hailey 24 fe 93
hailey fe 1/20 93
halobetasol propionate 112
haloperidol 65
haloperidol decanoate 65
haloperidol lactate 65
HAVRIX 28
heather 93
HEMADY 85
heparin sodium (porcine) 37
heparin sodium (porcine) +rfid 37
heparin sodium (porcine) pf 37
HEPLISAV-B 28
HERNEXEOS 18
HETLIOZ LQ 59
HIBERIX 28
HUMALOG 88
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 88
HUMALOG KWIKPEN 88
HUMALOG MIX 50/50 88
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 88
HUMALOG MIX 75/25 88
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 88
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 88
hydralazine hcl 44
hydrochlorothiazide 72
hydrocodone-acetaminophen 48
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 48
HYDROCORT-PRAMOXINE (PERIANAL) 115
hydrocortisone 86,113
hydrocortisone (perianal) 113
hydrocortisone-acetic acid 79
hydromorphone hcl 48
hydroxychloroquine sulfate 9
hydroxyurea 18
hydroxyzine hcl 59
hydroxyzine pamoate 59
HYFTOR 114
HYRNUO 18

I

ibandronate sodium 102
IBRANCE 18
IBTROZI 18
ibu 48
ibuprofen 48
icatibant acetate 102
iclevia 93
ICLUSIG 18
icosapent ethyl 39
IDHIFA 18

IDVYNSO 11
ILEVRO 79
imatinib mesylate 18
IMBRUVICA 18
imipenem-cilastatin 5
imipramine hcl 65
imipramine pamoate 65
imiquimod 114
IMKELDI 18
IMOVAX RABIES 28
IMVEXXY MAINTENANCE PACK 97
IMVEXXY STARTER PACK 97
INATAL GT 121
INCRELEX 100
indapamide 72
indomethacin 48
INFANRIX 27
INLURIYO 18
INLYTA 18
INQOVI 18
INREBIC 18
INSULIN LISPRO 88
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 88
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 88
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO 88
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 118
INTELENCE 11
INTRAROSA 86
introvale 93
INVEGA HAFYERA 65
INVEGA SUSTENNA 66
INVEGA TRINZA 66
IOPIDINE 81
IPOL 28
ipratropium bromide 30,81
ipratropium bromide hfa 30
ipratropium-albuterol 30
irbesartan 45
irbesartan-hydrochlorothiazide 45
ISENTRESS 11
ISENTRESS HD 11
ISOLYTE-P IN D5W 72
ISOLYTE-S PH 7.4 74
isoniazid 8
isosorbide dinitrate 46
isosorbide mononitrate 46
isosorbide mononitrate er 46
isotretinoin 114
isradipine 42
ISTURISA 106
ITOVEBI 18,19
itraconazole 8
ivabradine hcl 43
ivermectin 1,110
IWILFIN 19
IXIARO 28

J

jaimiess 93
JAKAFI 19
JAKAFI XR 19
jantoven 34
JANUMET 88
JANUMET XR 88,89
JANUVIA 89
JARDIANCE 89
jasmiel 93
JAYPIRCA 19
JENTADUETO 89
JENTADUETO XR 89
JIDEYTRO 19
jinteli 93
JUBBONTI 102
JULUCA 11
junel 1.5/30 93
junel 1/20 93
junel fe 1.5/30 93
junel fe 1/20 93
junel fe 24 93
JUXTAPID 39
JYNNEOS 28

K

KALYDECO 108
kariva 93
kcl in dextrose-nacl 74
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 74
kelnor 1/35 93
KERENDIA 45
ketoconazole 8,110
ketorolac tromethamine 79
KINRIX 27
kionex 73
KISQALI (200 MG DOSE) 19
KISQALI (400 MG DOSE) 19
KISQALI (600 MG DOSE) 19
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 19
klayesta 110
klor-con 74
klor-con 10 74
klor-con m10 74
klor-con m15 74
klor-con m20 75
KLOXXADO 60
KOMZIFTI 19
KOSELUGO 19
KOSHER PRENATAL PLUS IRON 121
kourzeq 79
KRAZATI 19
KRINTAFEL 9
kristalose 70

L

l-glutamine 106
labetalol hcl 40

lacosamide....53
lactulose....71
lactulose encephalopathy....71
LAMICTAL ODT....53
lamivudine....11,12
lamivudine-zidovudine....12
lamotrigine....53
lamotrigine er....53
lamotrigine odt....53
lamotrigine starter kit-blue....53
lamotrigine starter kit-green....53
lamotrigine starter kit-orange....53
LAMPIT....9
lansoprazole....82
lanthanum carbonate....73
LANTUS....89
LANTUS SOLOSTAR....89
lapatinib ditosylate....19
latanoprost....80
LAZCLUZE....19
LEDERLE LEUCOVORIN....101
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR....12
leflunomide....104
lenalidomide....19
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)....19
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)....20
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)....20
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)....20
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)....20
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)....20
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)....20
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)....20
lessina....93
letrozole....97
leucovorin calcium....101
LEUKERAN....20
LEUKINE....36
leuprolide acetate....98
levalbuterol hcl....33
LEVALBUTEROL TARTRATE....33
levetiracetam....53
LEVETIRACETAM....53
levetiracetam er....54
LEVOBUNOLOL HCL....80
levocetirizine dihydrochloride....15
levofloxacin....5
LEVOFLOXACIN....77
levofloxacin in d5w....5
levonest....93
levonorg-eth estrad triphasic....93
levonorgest-eth estrad 91-day....93,94
levonorgestrel-ethinyl estrad....94
levothyroxine sodium....100
levoxyl....100
lidocaine....115
lidocaine viscous hcl....115
lidocaine-prilocaine....115
lidocan....115
LIFYORLI (125 MG DOSE)....20
LIFYORLI (150 MG DOSE)....20
LILETTA (52 MG)....94
linezolid....5
LINZESS....84
liothyronine sodium....100
lisdexamfetamine dimesylate....50
lisinopril....45
lisinopril-hydrochlorothiazide....45
lithium....66
lithium carbonate....66
lithium carbonate er....66
LIVIXIL PAK....115
LIVTENCITY....12
LO LOESTRIN FE....94
loestrin 1.5/30 (21)....94
loestrin 1/20 (21)....94
loestrin fe 1.5/30....94
loestrin fe 1/20....94
lofexidine hcl....33
LOKELMA....73
lomustine....20
LONSURF....20
loperamide hcl....82
lopinavir-ritonavir....12
lorazepam....59
lorazepam intensol....59
LORBRENA....20
loryna....94
losartan potassium....45
losartan potassium-hctz....45
LOTEMAX....79
LOTEMAX SM....79
loteprednol etabonate....79
loteprednol-tobramycin....77
lovastatin....39
loxapine succinate....66
lubiprostone....84
luizza 1.5/30....94
luizza 1/20....94
LUMAKRAS....20
LUMIGAN....80
LUNATAL DHA....121
LUPKYNIS....105
LUPRON DEPOT (1-MONTH)....98
LUPRON DEPOT (3-MONTH)....98
LUPRON DEPOT (4-MONTH)....98
LUPRON DEPOT (6-MONTH)....98
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)....98
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)....98
lurasidone hcl....66
lutera....94
LUTRATE DEPOT....98
LYBALVI....66

lyleq....94
lyllana....97
LYNPARZA....20
LYSODREN....20
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)....20
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)....21
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)....21

M

M-M-R II....28
M-NATAL PLUS....121
macitentan....109
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR....118
magnesium sulfate....54
MARATHON MEDICAL PENTIPS....118
maraviroc....12
marlissa....94
MARPLAN....66
MATERNACEL....121
MATERVIA....121
MATRIAPRO....121
MATRONEX....121
MATULANE....21
matzim la....42
MAVYRET....12
MAXIDEX....79
MECLOFENAMATE SODIUM....48
medroxyprogesterone acetate....99
mefloquine hcl....9
megestrol acetate....99
MEKINIST....21
MEKTOVI....21
meleya....94
meloxicam....48
memantine hcl....60
memantine hcl er....60
MENQUADFI....28
MENVEO....28
mercaptopurine....21
meropenem....5
mesalamine....81
mesalamine er....81
mesna....107
metaxalone....32
metformin hcl....89
metformin hcl er....89
methadone hcl....48
methazolamide....80
methenamine hippurate....14
methimazole....100
methocarbamol....32
METHOTREXATE SODIUM....21
methotrexate sodium....21
methotrexate sodium (pf)....21
METHOXSALEN RAPID....114
methscopolamine bromide....30
methsuximide....54
methylphenidate....50
methylphenidate hcl....50
methylphenidate hcl er....50
methylphenidate hcl er (cd)....50
methylphenidate hcl er (la)....50
methylphenidate hcl er (osm)....50
methylphenidate hcl er(diffus)....51
methylprednisolone....86
metoclopramide hcl....84
metolazone....72
metoprolol succinate er....40
metoprolol tartrate....40
metoprolol-hydrochlorothiazide....40
metronidazole....9,110
metyrosine....106
mexiletine hcl....43
micafungin sodium....8
MICONAZOLE 3....110
microgestin 1.5/30....94
microgestin 1/20....94
microgestin fe 1.5/30....94
microgestin fe 1/20....94
midodrine hcl....34
mifepristone....89
MIGLITOL....89
mili....94
MIMRYLO....21
mimvey....94
minocycline hcl....5
minoxidil....44
mirtazapine....66
misoprostol....82
modafinil....51
MODEYSO....21
moexipril hcl....45
MOLINDONE HCL....66
mometasone furoate....79,113
MONOJECT ALLERGIST TRAY....118
MONOJECT INSULIN SYRINGE....118
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE....118
montelukast sodium....107
morphine sulfate....48
morphine sulfate er....48
MOUNJARO....89
MOVANTIK....84
moxifloxacin hcl....5,77
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL....5
MRESVIA....28
MULPLETA....36
MULTI-MAC....121
MULTIPLE ELECTRO TYPE 1 PH 5.5....75
multiple electro type 1 ph 7.4....75
mupirocin....110
mupirocin calcium....110

MYALEPT 106
mycophenolate mofetil 105
mycophenolate sodium 106
mycophenolic acid 106
MYFEMBREE 98
MYRBETRIQ 116

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf . . . 83
nabumetone 49
nadolol 40
nafcillin sodium 6
nafrinse 121
naftifine hcl 111
naloxone hcl 61
naltrexone hcl 61
naproxen 49
naproxen sodium 49
naratriptan hcl 56
NATACHEW 121
NATAL PNV 121
NATALCHEW 121
NATALCORE 121
NATALVIT 121
nateglinide 89
NAYZILAM 59
nebivolol hcl 40
necon 0.5/35 (28) 94
NEFAZODONE HCL 67
NEO-VITAL RX 121
NEOMATERNA 121
neomycin sulfate 6
neomycin-bacitracin zn-polymyx 77
neomycin-polymyxin-dexameth 77
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 77
neomycin-polymyxin-hc 78
NEONATAL + DHA 121
NEONATAL COMPLETE . . . 121
NEONATAL PLUS 122
NERLYNX 21
NESTABS 122
NESTABS DHA 122
NEULASTA 36
NEUPOGEN 36
nevirapine 12
NEVIRAPINE 12
nevirapine er 12
NEXLETOL 39
NEXLIZET 39
NEXPLANON 94
niacin er (antihyperlipidemic) . . 39
nicardipine hcl 42
NICOTROL NS 31
nifedipine 42
nifedipine er 42
nifedipine er osmotic release . . 42
nilotinib hcl 21
nilutamide 21
nimodipine 42
NIMODIPINE 44
NINLARO 21
nintedanib esylate 108
nisoldipine er 42
nitazoxanide 9
nitisinone 106
nitro-bid 46
nitrofurantoin 14
nitrofurantoin macrocrystal 14
nitrofurantoin monohyd macro 14
nitroglycerin 46
NITROLINGUAL 46
NITYR 106
NIVA-PLUS 122
NIVESTYM 36
NIZATIDINE 82
norelgestromin-eth estradiol . . . 94
norethin ace-eth estrad-fe 94
norethindron-ethinyl estrad-fe . 94
norethindrone 95
norethindrone acet-ethinyl est . . 95
norethindrone acetate 95
norethindrone-eth estradiol 95
norgestim-eth estrad triphasic . . 95
norgestimate-eth estradiol 95
nortrel 0.5/35 (28) 95
nortrel 1/35 (21) 95
nortrel 1/35 (28) 95
nortrel 7/7/7 95
nortriptyline hcl 67
NOVOLOG 89
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION 89
NOVOLOG FLEXPEN 89
NOVOLOG FLEXPEN RELION 90
NOVOLOG MIX 70/30 90
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN 90
NOVOLOG MIX 70/30 RELION 90
NOVOLOG PENFILL 90
NOVOLOG RELION 90
NOVYRA 122
NOXAFIL 8
NUBEQA 22
NUPLAZID 67
NURTEC 56
NUTRICHEW 122
NUTRILIPID 72
NUZYRA 6
nyamyc 111
nylia 1/35 95
nylia 7/7/7 95
NYMALIZE 44
nystatin 8,111
nystatin-triamcinolone 111
nystop 111
NYVEPRIA 36

O

OB COMPLETE ONE 122
OB COMPLETE PETITE 122

OB COMPLETE PREMIER 122
OB COMPLETE/DHA 122
OBSTETRIX EC (WITH DOCUSATE) 122
OCTAGAM 27
octreotide acetate 99
ODEFSEY 12
ODOMZO 22
ofloxacin 6,78
OGSIVEO 22
OJEMDA 22
OJJAARA 22
olanzapine 67
olanzapine-fluoxetine hcl 67
olmesartan medoxomil 45
olmesartan medoxomil-hctz 45
olmesartan-amlodipine-hctz 42
olopatadine hcl 80
omega-3-acid ethyl esters 39
omeprazole 82
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 118
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 118
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) 119
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5) 119
OMNIPOD 5 LIBRE INTRO 119
OMNIPOD 5 LIBRE PODS 119
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) 119
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) 119
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 119
OMNITROPE 99,100
ondansetron 82
ondansetron hcl 82
ONE VITE WOMENS PLUS 122
ONENATAL RX 122
ONUREG 22
OPIPZA 67
ORFADIN 107
ORGOVYX 98
ORIAHNN 97
ORILISSA 98
ORKAMBI 108
ORLADEYO 102
orquidea 95
ORSERDU 22
oseltamivir phosphate 12
OSPHENA 97
oxcarbazepine 54
oxcarbazepine er 54
oxiconazole nitrate 111
oxybutynin chloride 116
oxybutynin chloride er 116
oxycodone hcl 49
oxycodone-acetaminophen 49

P

pacerone 43
paliperidone er 67
PALYNZIQ 76
PANRETIN 114
pantoprazole sodium 83
paricalcitol 120
paroxetine hcl 67
PAROXETINE HCL 67
paroxetine hcl er 67
PAXLOVID (150/100) 12
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 12
PAXLOVID (300/100) 12
pazopanib hcl 22
PEDIARIX 27
PEDVAXHIB 28
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 83
peg-3350/electrolytes 83
peg-3350/electrolytes/ascorbat 83
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 83
PEGASYS 12
PEMAZYRE 22
PEN NEEDLES 119
PENBRAYA 28
penicillamine 85
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE 6
penicillin g potassium 6
PENICILLIN G SODIUM 6
penicillin v potassium 6
PENMENVY 28
PENTACEL 27
pentamidine isethionate 9
PENTIPS 119
pentoxifylline er 34
perampanel 54
PERINDOPRIL ERBUMINE 45
periogard 78
permethrin 111
perphenazine 67
PHENELZINE SULFATE 67
phenobarbital 54
phenoxybenzamine hcl 32
phenytek 54
phenytoin 54
phenytoin infatabs 54
phenytoin sodium extended 54
PHEXX 107
PIFELTRO 13
pilocarpine hcl 31,81
pimecrolimus 114
pimozide 67
pindolol 40
pioglitazone hcl 90
pioglitazone hcl-glimepiride 90
pioglitazone hcl-metformin hcl 90
piperacillin sod-tazobactam so 6
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 22

PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) . . . 22
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) . . . 22
pirfenidone . . . 108
PIRFENIDONE . . . 108
piroxicam . . . 49
pitavastatin calcium . . . 39
PLASMA-LYTE 148 . . . 75
PLASMA-LYTE A . . . 75
plenamine . . . 72
PNV 27-CA/FE/FA . . . 122
PNV PRENATAL PLUS MULTIVIT+DHA . . . 122
PNV TABS 20-1 . . . 122
PNV-DHA+DOCUSATE . . . 122
PNV-SELECT . . . 122
PODOFILOX . . . 114
polymyxin b-trimethoprim . . . 14
pomalidomide . . . 22
portia-28 . . . 95
posaconazole . . . 8
potassium chloride . . . 75
potassium chloride crys er . . . 75
potassium chloride er . . . 75
potassium chloride in dextrose . . . 75
potassium chloride in nacl . . . 76
potassium citrate er . . . 76
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% . . . 76
pramipexole dihydrochloride . . . 58
pramipexole dihydrochloride er . . . 58
prasugrel hcl . . . 37
pravastatin sodium . . . 39
praziquantel . . . 1
prazosin hcl . . . 38
prednisolone . . . 86
prednisolone acetate . . . 79
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE . . . 80
prednisolone sodium phosphate . . . 86
PREDNISONE . . . 86
prednisone . . . 86
PREDNISONE INTENSOL . . . 86
pregabalin . . . 55
PREGEN DHA . . . 122
PREGENNA . . . 122
PREMARIN . . . 97
PREMASOL . . . 72
PREMPHASE . . . 97
PREMPRO . . . 97
PRENA 1 TRUE . . . 122
PRENA1 . . . 122
PRENA1 PEARL . . . 122
PRENACHEW . . . 123
PRENACORE . . . 123
PRENAISSANCE . . . 123
PRENAISSANCE PLUS . . . 123
PRENATAL . . . 123
PRENATAL 19 . . . 123
PRENATAL PLUS . . . 123
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL . . . 123
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON . . . 123
PRENATE DHA . . . 123
PRENATE ELITE . . . 123
PRENATE ENHANCE . . . 123
PRENATE MINI . . . 123
PRENATE PIXIE . . . 123
PRENATE RESTORE . . . 123
PRENATRIX . . . 123
PRENATRYL . . . 123
PRENATVITE COMPLETE . . . 123
PRENATVITE PLUS . . . 123
PRENATVITE RX . . . 123
PRENOVA . . . 123
PRENOVIA PLUS . . . 119
PRENYRA . . . 124
PRETOMANID . . . 8
prevalite . . . 39
PREVYMIS . . . 13
PREZCOBIX . . . 13
PREZCOBIX PED . . . 13
PREZISTA . . . 13
PRILOVIX . . . 116
prilovix lite . . . 116
prilovix lite plus . . . 116
PRILOVIX PLUS . . . 116
prilovix ultralite . . . 116
prilovix ultralite plus . . . 116
PRIMACARE . . . 124
primaquine phosphate . . . 9
PRIMIDONE . . . 55
primidone . . . 55
PRIORIX . . . 28
PRIVIGEN . . . 27
PRO COMFORT PEN NEEDLES . . . 119
probenecid . . . 76
prochlorperazine . . . 67
prochlorperazine maleate . . . 67
procto-med hc . . . 113
proctosol hc . . . 113
proctozone-hc . . . 113
progesterone . . . 99
PROGRAF . . . 106
PROLASTIN-C . . . 34
promethazine hcl . . . 15
PROMETHEGAN . . . 15
propafenone hcl . . . 43
propafenone hcl er . . . 43
propranolol hcl . . . 40
PROPRANOLOL HCL . . . 40
propranolol hcl er . . . 41
propylthiouracil . . . 100
PROQUAD . . . 28
PROSOL . . . 72
protriptyline hcl . . . 68

PROVIDA OB....124
prucalopride succinate....84
PULMOZYME....109
pyrazinamide....8
pyridostigmine bromide....31
pyridostigmine bromide er....31
pyrimethamine....10
PYRUKYND....107
PYRUKYND TAPER PACK....107
PYZCHIVA....104

Q

QELBREE....60
QINLOCK....22
QUADRACEL....27
quetiapine fumarate....68
quetiapine fumarate er....68
quinapril hcl....45
QUINIDINE SULFATE....43
quinine sulfate....10
QULIPTA....56

R

RABAVERT....28
rabeprazole sodium....83
RADICAVA ORS....60
RADICAVA ORS STARTER KIT....60
RALDESY....68
raloxifene hcl....97
raltegravir potassium....13
ramelteon....59
ramipril....45
ranolazine er....43
rasagiline mesylate....58
RASONQUE....22
RASUVO....22,23
reclipsen....95
RECOMBIVAX HB....29
RELENZA DISKHALER....13
RELEUKO....36
RELEVIA....124
repaglinide....90
REPATHA....39
REPATHA SURECLICK....39
RETACRIT....36
RETEVMO....23
REVCOVI....76
REVUFORJ....23
REXULTI....68
REYATAZ....13
REZDIFFRA....84
REZLIDHIA....23
REZUROCK....106
RHOPRESSA....81
RIBAVIRIN....13
rifabutin....9
rifampin....9
rifapentine....9
rilpivirine hcl....13
riluzole....60
riociguat....109
risedronate sodium....102
risperidone....68
risperidone microspheres er....68
ritonavir....13
rivastigmine....31
rivastigmine tartrate....31
rizatriptan benzoate....56,57
ROCKLATAN....81
roflumilast....116
ROMVIMZA....23
ropinirole hcl....58
ropinirole hcl er....58
rosuvastatin calcium....39
ROTARIX....29
ROTATEQ....29
ROWASA....81
ROZLYTREK....23
RUBRACA....23
rufinamide....55
RUKOBIA....13
RYDAPT....23

S

sacubitril-valsartan....45
SAFYRAL....95
SANTYL....115
sapropterin dihydrochloride....107
saxagliptin hcl....90
saxagliptin-metformin er....90
SCEMBLIX....23
scopolamine....30
SE-NATAL 19....124
SECUADO....68
SEGLUROMET....90
SELARSDI....104
SELECT-OB....124
SELECT-OB+DHA....124
selegiline hcl....58
SEREVENT DISKUS....34
sertraline hcl....68
sevelamer carbonate....73
sevelamer hcl....73
SHINGRIX....29
SIGNIFOR....99
sildenafil citrate....46
silodosin....32
silver sulfadiazine....111
SIMBRINZA....81
simvastatin....39
sirolimus....106
SIRTURO....9
SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER....90
SITAGLIPTIN....90
SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN HCL....90
SIVEXTRO....6
sodium chloride....76
sodium chloride (pf)....76
SODIUM FLUORIDE....124
sodium phenylbutyrate....71

sodium polystyrene sulfonate 73
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 13
SOHONOS 32
SOL-CARE SAFETY SYRINGE ALLERG 119
solifenacin succinate 116
SOLIQUA 91
SOLTAMOX 97
SOMAVERT 100
sorafenib tosylate 23
sotalol hcl 41
sotalol hcl (af) 41
SPINOSAD 111
SPIRIVA HANDIHALER 30
SPIRIVA RESPIMAT 30
spironolactone 45
spironolactone-hctz 45
sprintec 28 95
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 73
ssd 111
STEGLATRO 91
STELARA 104
STIMUFEND 36
STIOLTO RESPIMAT 30
STIVARGA 23
STREPTOMYCIN SULFATE 6
STRIBILD 13
STRIVERDI RESPIMAT 34
SUBVENITE 55
SUCRAID 76
sucralfate 83
SUFLAVE 83
sulfacetamide sodium 78
sulfacetamide sodium (acne) 111
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 78
sulfadiazine 6
sulfamethoxazole-trimethoprim 6
sulfasalazine 6
sulindac 49
sumatriptan 57
sumatriptan succinate 57
sunitinib malate 23
SUNLENCA 13
SUNOSI 60
SUPREP BOWEL PREP KIT 83
SURE COMFORT PEN NEEDLES 119
SUTAB 83
SYMPAZAN 55
SYMPROIC 84
SYMTUZA 13
SYNAREL 98
SYNJARDY 91
SYNJARDY XR 91
SYNTHROID 100

T

TABLOID 24
TABRECTA 24
tacrolimus 106,115
tacrolimus er 106
tadalafil 46
tadalafil (pah) 46
TADLIQ 46
TAFINLAR 24
TAGRISSO 24
TALTZ 104
TALZENNA 24
tamoxifen citrate 97
tamsulosin hcl 32
tarina 24 fe 95
TARPEYO 86
tasimelteon 59
TAVALISSE 35
TAVNEOS 103
tazarotene 115
TEFLARO 7
telmisartan 45
TELMISARTAN-AMLODIPINE 42
telmisartan-hctz 45
temazepam 59
TENIVAC 27
tenofovir disoproxil fumarate 13
TEPMETKO 24
terazosin hcl 38
terbinafine hcl 8
terbutaline sulfate 34
terconazole 111
teriflunomide 105
teriparatide 102
testosterone 86,87
testosterone cypionate 87
TESTOSTERONE ENANTHATE 87
tetrabenazine 70
tetracycline hcl 7
THALOMID 105
theophylline er 117
thioridazine hcl 68
thiothixene 68
THRIVITE RX 124
tiadylt er 42
tiagabine hcl 55
TIBSOVO 24
ticagrelor 35,38
TICOVAC 29
tigecycline 7
tilia fe 95
timolol maleate 41,81
timolol maleate ocudose 81
timolol maleate pf 81
tinidazole 10
TIROSINT-SOL 101
TIVICAY 13
TIVICAY PD 14
tizanidine hcl 32
TOBRADEX 78
tobramycin 7,78

tobramycin sulfate . . . 7
tobramycin-dexamethasone . . 78
TOBREX . . . 78
tofacitinib citrate . . . 104
tofacitinib citrate er . . . 104
tolterodine tartrate . . . 116
tolterodine tartrate er . . . 116
tolvaptan . . . 72
tolvaptan (hyponatremia) . . . 73
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE . . . 119
topiramate . . . 55
toremifene citrate . . . 97
torpenz . . . 24
torsemide . . . 73
TOUJEO MAX SOLOSTAR . . 91
TOUJEO SOLOSTAR . . . 91
TPN ELECTROLYTES . . . 76
TRADJENTA . . . 91
tramadol hcl . . . 49
tramadol hcl er . . . 49
tramadol-acetaminophen . . . 49
trandolapril . . . 46
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER . . . 42
tranexamic acid . . . 37
tranylcypromine sulfate . . . 69
TRAVASOL . . . 72
TRAZODONE HCL . . . 69
trazodone hcl . . . 69
TRELEGY ELLIPTA . . . 31
TRELSTAR MIXJECT . . . 98
tretinoin . . . 24,115
tretinoin microsphere . . . 115
TRETINOIN MICROSPHERE PUMP . . . 115
TREXALL . . . 24
tri-estarylla . . . 95
tri-legest fe . . . 95
tri-lo-estarylla . . . 95
tri-lo-sprintec . . . 95
tri-sprintec . . . 95
tri-vylibra lo . . . 95
triamcinolone acetonide . . 80,113
triamterene . . . 73
triamterene-hctz . . . 73
triazolam . . . 59
TRICARE . . . 124
triderm . . . 113
TRIENTINE HCL . . . 85
trifluoperazine hcl . . . 69
TRIFLURIDINE . . . 78
trihexyphenidyl hcl . . . 58
TRIJARDY XR . . . 91
TRIKAFTA . . . 108
trimethoprim . . . 15
trimipramine maleate . . . 69
TRINATAL RX 1 . . . 124
TRINATE . . . 124
TRINTELLIX . . . 69
TRISTART DHA . . . 124
TRIUMEQ . . . 14
TRIUMEQ PD . . . 14
TROPHAMINE . . . 72
trospium chloride . . . 116
trospium chloride er . . . 116
TRULICITY . . . 91
TRUMENBA . . . 29
TRUQAP . . . 24
TUKYSA . . . 24
TURALIO . . . 24
turqoz . . . 95
TWINRIX . . . 29
tydemy . . . 96
TYENNE . . . 104
TYMLOS . . . 102
TYPHIM VI . . . 29
TYRVAYA . . . 80

U

UBRELVY . . . 57
UDENYCA . . . 36
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR . . . 119
UMECLIDINIUM ELLIPTA . . . 31
UPTRAVI . . . 109
ursodiol . . . 83
USTEKINUMAB . . . 104
UZEDY . . . 69

V

valacyclovir hcl . . . 14
VALCHLOR . . . 115
valganciclovir hcl . . . 14
valproic acid . . . 55
valsartan . . . 46
valsartan-hydrochlorothiazide . . 46
VALTOCO 10 MG DOSE . . . 59
VALTOCO 15 MG DOSE . . . 59
VALTOCO 20 MG DOSE . . . 59
VALTOCO 5 MG DOSE . . . 60
valtya 1/35 . . . 96
VALTYA 1/50 . . . 96
vancomycin hcl . . . 7
VANCOMYCIN HCL . . . 7
VANDAZOLE . . . 111
VANFLYTA . . . 24
VAQTA . . . 29
varenicline tartrate . . . 31
varenicline tartrate (starter) . . . 31
varenicline tartrate(continue) . . . 31
VARIVAX . . . 29
VARUBI (180 MG DOSE) . . . 82
VAXCHORA . . . 29
VELIVET . . . 96
VELPHORO . . . 73
VELTASSA . . . 73
VEMLIDY . . . 14
VENCLEXTA . . . 24
VENCLEXTA STARTING PACK . . . 24
VENLAFAXINE BESYLATE ER . . . 69

venlafaxine hcl....69
venlafaxine hcl er....69
VENTOLIN HFA....34
VEPPANU....24,25
verapamil hcl....42
verapamil hcl er....42,43
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR....119
VERQUVO....46
VERSACLOZ....69
VERZENIO....25
vestura....96
vienva....96
vigabatrin....55
vigadrone....55
VIGAFYDE....56
VIJOICE....25
vilazodone hcl....69
VIMKUNYA....29
viorele....96
VIRACEPT....14
VIREAD....14
VIRT-NATE DHA....124
VITAFOL FE+....124
VITAFOL GUMMIES....124
VITAFOL ULTRA....124
VITAFOL-NANO....124
VITAFOL-OB....124
VITAFOL-OB+DHA....124
VITAFOL-ONE....124
VITALARA....125
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC....125
VITAMEDMD REDICHEW RX....125
VITAPEARL....125
VITATHELY WITH GINGER....125
VITATRUE....125
VITRAKVI....25
VIVA DHA....125
VIVJOA....8
VIVOTIF....29
VONJO....25
VORANIGO....25
voriconazole....8
VOSEVI....14
VOWST....7
VOXZOGO....107
VRAYLAR....70
VTAMA....115
vylibra....96
VYNDAMAX....43
VYZULTA....81

W

WAKIX....51
warfarin sodium....35
WELIREG....25
WESNATAL DHA COMPLETE....125
WESNATE DHA....125
WESTAB PLUS....125
WESTGEL DHA....125
WINREVAIR....109
wixela inhub....34
WYOST....102

X

XALKORI....25
xarah fe....96
XARELTO....38
XARELTO STARTER PACK....38
XCOPRI....56
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)....56
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)....56
XDEMVY....78
XERMELO....82
XHANCE....80
XIFAXAN....7
XIGDUO XR....91
XIIDRA....80
XOFLUZA (40 MG DOSE)....14
XOFLUZA (80 MG DOSE)....14
XOLAIR....108
XOSPATA....25
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)....25
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)....25
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)....25
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)....25
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)....25
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)....25,26
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)....26
XTANDI....26
xulane....96

Y

YF-VAX....29
YORVIPATH....98
yulithira....26
yuvafem....97

Z

zafirlukast....108
zaleplon....60
ZALVIT....125
ZARXIO....36
ZEGFROVY....26
ZEJULA....26
ZELBORAF....26
zenatane....115
ZENBEXUS....26
ZENPEP....84
zidovudine....14
ZIEXTENZO....37

ZIPHEX 125
ziprasidone hcl 70
ziprasidone mesylate 70
ZIRGAN 78
ZOLINZA 26
zolmitriptan 57
zolpidem tartrate 60
zolpidem tartrate er 60
ZONISADE 56
zonisamide 56
zovia 1/35 (28) 96
ZTALMY 56
ZURZUVAE 70
ZYKADIA 26

P.O. Box 30196
Salt Lake City, UT 84130-0196
855-442-9900 número gratuito. Los usuarios de TTY: **711**
selecthealth.org/medicare

Esta lista de medicamentos recetados disponibles fue actualizada el 11/01/2026 .

Para obtener información más reciente o formular otras preguntas, llame a Servicios para Miembros de Select Health al **855-442-9900** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), durante las siguientes fechas y horarios:

Del 1 de octubre al 31 de marzo:
De lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados y domingos, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Del 1 de abril al 30 de septiembre:
De lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados de 9:00 a.m. a 2:00 p.m., los domingos cerrado.

Fuera de este horario de atención, deje un mensaje. Le devolveremos su llamada en el plazo de un día hábil, o visite **selecthealth.org/medicare.**

Select Health es patrocinador de los planes HMO, SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Select Health Medicare depende de la renovación del contrato.

Envío de la lista de medicamentos recetados disponibles con aprobación de HPMS ID 26029 Versión 39

© 2026 Select Health. Todos los derechos reservados. 4122500 11/26 H1994_ 4122500_ 39 _C