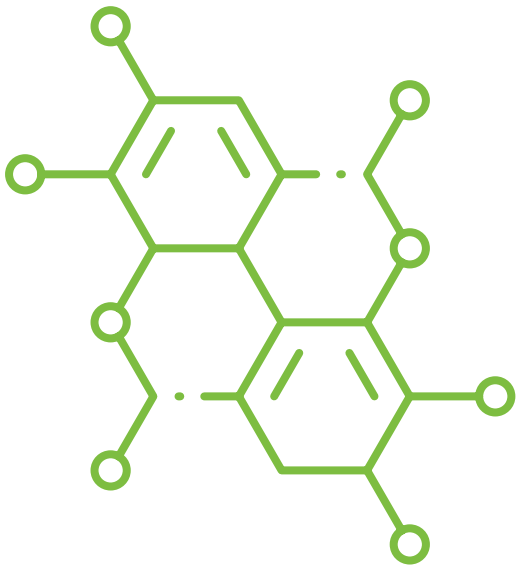
2027 Formulario de Medicamentos Recetados

Este formulario se actualizó el 01/01/2027
Para obtener la información más reciente o si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Servicios para Miembros de **BayCare**Plus® al (866) 509-5396 (TTY: 711), los siete días a la semana, de 8am a 8pm, o visite Member.BayCarePlus.org. Los fines de semana, del 1 de abril al 30 de septiembre, y los días festivos, podrá acceder a un servicio de mensajería. Deje un mensaje y le devolveremos la llamada el siguiente día laboral.



BayCarePlus **Rewards** (HMO)
BayCarePlus **Complete** (HMO)

Al Servicio de los Condados de Hillsborough, Pasco, Pinellas y Polk

BayCarePlus®
Medicare Advantage

Formulario de Medicamentos de Planes de Seguro Médico de BayCare (HMO) 2027 (Lista de Medicamentos Cubiertos)

LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Nota a quienes ya son miembros: Este formulario de medicamentos cambió desde el año pasado.

Mensaje Importante sobre lo que Paga por las Vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, por lo que a usted no le implican ningún costo. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Mensaje Importante sobre lo que Paga por la Insulina: No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina que cubre nuestro plan, sin importar en qué nivel de costos compartidos se encuentran, incluso si la insulina no se considera una Insulina Seleccionada según el Formulario de Medicamentos Recetados del plan.

Revise este documento para asegurarse de que siga incluyendo los medicamentos que toma.

Cuando en esta lista (formulario de medicamentos) se haga referencia a "nosotros" o "nuestro", significa los Planes de Seguro Médico de **BayCare**. Cuando se haga referencia a "plan" o "nuestro plan", significa los Planes de Seguro Médico de **BayCare**.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario de medicamentos) de nuestro plan y está vigente desde 10/2026. Para ver un formulario de medicamentos actualizado, póngase en contacto con nosotros. Puede encontrar nuestra información de contacto y la fecha en que actualizamos por última vez el formulario de medicamentos en la primera y la última página.

Por lo general, debe ir a las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamento recetado. Los beneficios, el formulario de medicamentos, la red de farmacias y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027 y de vez en cuando durante el año.

ID de Envío de Archivo de Formulario de Medicamentos HPMS: 27355.000 Número de Versión 18 H2235_27-003_SP_C

¿Qué es el Formulario de Medicamentos de los Planes de Seguro Médico (HMO) de BayCare?

Un formulario de medicamentos es una lista de los medicamentos cubiertos seleccionados por nuestro plan en conjunto con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias con receta médica que creemos que son una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, cubrimos los medicamentos que aparecen en nuestro formulario de medicamentos siempre que sean necesarios por motivos médicos, que la receta médica se presente en una farmacia de la red del plan y que se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas médicas, revise su Evidencia de Cobertura.

¿El Formulario de Medicamentos (lista de medicamentos) puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o eliminemos medicamentos de la Lista de Medicamentos durante el año, que los movamos a otros niveles de costos compartidos o que agreguemos nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare para hacer estos cambios.

Estos son los cambios que podrían afectarle este año: Usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año en los siguientes casos:

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo, que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo y con las mismas o con menos restricciones. Además, cuando agregamos un medicamento genérico nuevo, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo inmediatamente a otro nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Si actualmente toma ese medicamento de marca, es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, pero más tarde le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.

    - Si hacemos ese un cambio, usted o el médico que le recetó el medicamento pueden pedirnos que hagamos una excepción y le sigamos cubriendo el medicamento de marca. El aviso que le proporcionaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la siguiente sección llamada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Medicamentos de los Planes de Seguro Médico (HMO) de BayCare?"

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro Formulario de Medicamentos no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos inmediatamente de nuestro formulario de medicamentos y daremos aviso a los miembros que lo toman.

- **Otros cambios**. Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el

mercado para reemplazar un medicamento de marca que se encuentra actualmente en el formulario de medicamentos. También podemos agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a otro nivel de costos compartidos, o ambas opciones. O podemos hacer cambios con base en nuevos lineamientos clínicos. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario de medicamentos, agregamos una autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapias escalonadas a un medicamento o movemos un medicamento a un nivel de costos compartidos más alto, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia, o cuando el miembro solicite una renovación de la receta del medicamento. En este último caso, el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.

  - Si hacemos estos cambios, usted o el médico que le recetó el medicamento pueden pedirnos que hagamos una excepción y le sigamos cubriendo el medicamento de marca. El aviso que le proporcionaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la siguiente sección llamada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Medicamentos de los Planes de Seguro Médico (HMO) de BayCare?"

Cambios que no le afectarán si actualmente toma un medicamento. Por lo general, si toma un medicamento que se encuentra en nuestro formulario de medicamentos de 2027 que tenía cobertura a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año 2027, excepto según lo que se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles al mismo costo compartido y no incluirán restricciones nuevas para aquellos miembros que lo tomen durante el resto del año de cobertura. No recibirá ningún aviso directo este año sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, estos cambios le afectarían, y es importante que revise la Lista de Medicamentos para el nuevo año de beneficios para estar al tanto de cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario de medicamentos adjunto estará vigente a partir de 10/2026. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos que cubre nuestro plan, póngase en contacto con nosotros. Puede encontrar nuestra información de contacto en la primera y la última página. Si hacemos otros tipos de cambios al formulario de medicamentos, además de los antes mencionados (cambios que nos son de mantenimiento), enviaremos una notificación por escrito por correo a los miembros afectados en forma de Fe de Erratas del Formulario de Medicamentos.

¿Cómo uso el Formulario de Medicamentos?

Existen dos formas de buscar su medicamento en el formulario de medicamentos:

Condición Médica

El formulario de medicamentos comienza en la página 1. Los medicamentos incluidos en este formulario de medicamentos se agrupan en categorías según el tipo de condiciones médicas para cuyo tratamiento se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar una condición cardíaca se incluyen en la categoría "Agentes Cardiovasculares". Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento en esa categoría.

Lista por Orden Alfabético

Si no sabe en qué categoría buscar, puede buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 162. El Índice proporciona una lista ordenada alfabéticamente de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice se incluyen tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice para encontrar su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de página en la que se encuentra la información de cobertura. Vaya a la página indicada en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre tanto medicamentos de marca como genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA como medicamento que incluye el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requerimientos o límites adicionales en la cobertura. Algunos de estos requerimientos y límites pueden ser:

- Autorización Previa: Requerimos que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará nuestra aprobación antes de poder surtir sus recetas médicas. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- Límites de Cantidad: Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que cubriremos. Por ejemplo, proveemos dieciocho comprimidos de 50 mg de sumatriptán por receta médica. Esto puede ser además de un suministro estándar de uno o tres meses.
- Terapia Escalonada: En algunos casos, requerimos que primero intente tomar ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrirle otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el

Medicamento A y el Medicamento B sirven para tratar su condición médica, es posible que no cubramos el Medicamento B a menos que primero intente tomar el Medicamento A. Si el Medicamento A no le funciona, cubriremos el Medicamento B.

Puede ver si su medicamento tiene algún requerimiento o límite adicional buscando en el formulario de medicamentos que comienza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Nuestros documentos publicados en línea explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Puede encontrar nuestra información de contacto y la fecha en que actualizamos por última vez el formulario de medicamentos en la primera y la última página.

Puede solicitarnos que hagamos una excepción a estas restricciones o límites o pedirnos una lista de otros medicamentos similares que se puedan usar para tratar su condición médica. Consulte la sección llamada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Medicamentos de los Planes de Seguro Médico de BayCare?" en la página iv para ver información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué ocurre si mi medicamento no está en el Formulario de Medicamentos?

Si su medicamento no está incluido en este formulario de medicamentos (lista de medicamentos cubiertos), primero debe contactarse con Atención al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si le informan que nuestro plan no lo cubre, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Atención al Cliente de la Farmacia que le proporcione una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando tenga la lista, muéstresela a su doctor y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos su medicamento. Mas adelante puede encontrar información sobre cómo solicitar una excepción.

Por lo general, solo aprobamos una solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario de medicamentos del plan, el medicamento de costo compartido más bajo o las restricciones de uso adicionales no serían igual de eficaces para tratar su condición y/o podrían provocarle efectos secundarios médicos.

Debe contactarnos para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para una excepción al formulario de medicamentos, los niveles, o a una restricción de uso. Cuando solicita una excepción al formulario de medicamentos, los niveles o a una restricción de uso, debe enviar una declaración del médico que le recetó el medicamento que respalde la solicitud. Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas posteriores a recibir la declaración de respaldo de su médico. Puede solicitar una excepción acelerada si usted o su doctor consideran que su salud podría verse gravemente afectada por esperar hasta 72 horas para una decisión. Si aceptamos su solicitud para acelerar el proceso, debemos proporcionarle

una decisión dentro de las 24 horas de haber recibido una declaración de respaldo de su doctor u otro médico que haya hecho la receta.

¿Qué hago antes de poder hablar con mi doctor sobre cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o continuo de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no estén incluidos en nuestro formulario de medicamentos. O es probable que esté tomando un medicamento que esté incluido en nuestro formulario de medicamentos, pero que su capacidad para conseguirlo sea limitada.

Por ejemplo, puede necesitar una autorización previa de parte nuestra para poder surtir su receta médica. Debe consultar con su doctor para decidir si cambiar a un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción al formulario de medicamentos para que cubramos el medicamento que toma. Mientras consulta con su doctor para determinar el procedimiento adecuado, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días desde que usted se hizo miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté incluido en nuestro formulario de medicamentos o si su capacidad para obtenerlos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta médica indica menos días, le permitiremos renovarla para un suministro de hasta un máximo de 30 días del medicamento. Después de completar su suministro para 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si usted ha sido un miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de cuidados de largo plazo y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario de medicamentos o si su capacidad para obtenerlo es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días desde que se unió a nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento mientras busca obtener una excepción al formulario de medicamentos.

Los miembros que tengan un cambio en el nivel de cuidados (entorno) podrán obtener un único suministro de transición para 30 días por medicamento. Algunos ejemplos incluyen los beneficiarios que ingresan a un centro de cuidados de largo plazo, aquellos a quienes les dan el alta de un hospital o aquellos que finalizan una internación en un centro de cuidados de largo plazo y regresan a la comunidad.

Para más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de los Planes de Seguro Médico de BayCare, consulte su Evidencia de Cobertura y los demás materiales del plan. Si tiene alguna pregunta sobre los Planes de Seguro Médico de BayCare, póngase en contacto con nosotros. Puede encontrar nuestra información de contacto y la fecha en que actualizamos por última vez el formulario de medicamentos en la primera y la última página.

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

Formulario de Medicamentos de Planes de Seguro Médico de BayCare

El siguiente formulario de medicamentos proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por los Planes de Seguro Médico de BayCare. Si no puede encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página l-1.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (p. ej., HUMIRA) y los genéricos están en letra cursiva minúscula (p. ej., warfarina).

La segunda columna de la tabla *solo sirve de referencia* para identificar el nombre común de Marca o genérico. Los productos específicos que se encuentran en la segunda columna no se encuentran en el formulario de medicamentos; *solo sirven de referencia*. Ejemplo 1:

Agentes Tiroideos y Antitiroideos	
Levotiroxina oral, comprimido de 100 µg (Synthroid) *112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg,* *175 µg, 200 µg, 25 µg, 50 µg,* *75 µg, 88 µg*	1

La levotiroxina es el producto del formulario de medicamentos; y Synthroid no se encuentra en el formulario de medicamentos y se proporciona solo para referencia.

Ejemplo 2:

Agentes Antidiabéticos	
Farxiga oral, comprimido de 10 mg, 5 mg (dapagliflozina propanediol)	3

Farxiga es el producto del formulario de medicamentos; dapagliflozina propanediol no se encuentra en el formulario y se proporciona solo para referencia.

La información en la columna Requerimientos/Límites detalla si los Planes de Seguro Médico de BayCare tienen algún requerimiento especial para la cobertura de un medicamento.

Lista de Abreviaturas

CB: Beneficio limitado. Para los medicamentos que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, limitamos la cantidad que el plan cubrirá. Por ejemplo, proporcionamos seis comprimidos para una receta de 30 días para sildenafil.

EX.: Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. El monto que usted debe pagar cuando surte una receta médica para este medicamento no cuenta para sus costos totales para medicamentos (es decir, el monto que paga no lo ayuda a calificar para una cobertura catastrófica). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus recetas médicas, no recibirá ayuda adicional para pagar este medicamento.

LA: Acceso Limitado. Esta receta médica puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para obtener más información, consulte con su Directorio de Proveedores o llame a Atención al Cliente de la Farmacia al 1-888-999-3265 sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

NDS: Suministro de Días No Extendidos. Este medicamento solo se puede obtener para una cantidad de un mes o menos. No puede surtir una receta médica para un suministro de más de un mes.

NM: Pedido Sin Entrega por Correo. La receta médica no se puede obtener mediante una farmacia de la red que entregue pedidos por correo.

PA: Autorización Previa. Requerimos que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener la aprobación del Plan de Seguro Médico de BayCare antes de poder surtir sus recetas médicas. Si no obtiene la aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

PA BvD: Determinación de Autorización Previa para la Parte B vs. la Parte D. Este medicamento recetado tiene un requerimiento administrativo de autorización previa de la Parte B versus la Parte D. Usted (o su médico) deben obtener una autorización previa de parte nuestra para determinar que el medicamento esté cubierto por la Parte D de Medicare antes de poder surtir la receta médica. Sin previa aprobación, es posible que el plan no cubra este medicamento.

PA NSO: Autorización Previa, Solo Nuevos Comienzos. Si es un miembro nuevo o si nunca ha tomado este medicamento, usted o su médico deben obtener una autorización previa de parte de los Planes de Seguro Médico de BayCare antes de poder surtir la receta médica. Sin previa aprobación, es posible que el plan no cubra este medicamento.

QL: Límite de Cantidad. Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que el plan cubrirá. Por ejemplo, proveemos dieciocho comprimidos de succinato de sumatriptán por receta médica. Esto puede ser además de un suministro estándar para uno o tres meses.

ST: Terapia Escalonada. En algunos casos, requerimos que primero intente tomar ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrirle otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si tanto el Medicamento A como el Medicamento B tratan su condición médica, es posible que no cubramos el Medicamento B a menos que primero intente tomar el Medicamento A. Si el Medicamento A no le funciona, el plan cubrirá el Medicamento B.

Consulte la información a continuación con respecto a los montos de los copagos y/o los porcentajes de coseguro. Para ver más información, consulte las Secciones 5.2 y 5.4 del Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.

Nivel de Costos Compartidos	Costo compartido en instalaciones estándar minoristas y de cuidado de largo plazo (LTC) para un suministro para un mes en una farmacia de la red	Costo compartido en instalaciones estándar minoristas para un suministro para tres meses (suministro para hasta 100 días) en una farmacia de la red	Costo compartido para pedidos por correo para un suministro para tres meses (suministro para hasta 100 días)
BayCarePlus Rewards (HMO)			
Deducible anual para medicamentos recetados	$700	$700	$700
Nivel 1	$0	$0	$0
Nivel 2	$0	$0	$0
Nivel 3	$47	$141	$121
Nivel 3: Insulinas Seleccionadas	$35	$105	$95
Nivel 4: Medicamentos que No Son de Preferencia	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4: Insulinas Seleccionadas	$35	$105	$105
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	25% de coseguro	No se encuentra disponible un suministro para tres meses para medicamentos del Nivel 5	No se encuentra disponible un suministro para tres meses para medicamentos del Nivel 5

Nivel de Costos Compartidos	Costo compartido en instalaciones estándar minoristas y de cuidado de largo plazo (LTC) para un suministro para un mes en una farmacia de la red	Costo compartido en instalaciones estándar minoristas para un suministro para tres meses (suministro para hasta 100 días) en una farmacia de la red	Costo compartido para pedidos por correo para un suministro para tres meses (suministro para hasta 100 días)
BayCarePlus Complete (HMO)			
Deducible anual para medicamentos recetados	$250	$250	$2500
Nivel 1	$0	$0	$0
Nivel 2	$0	$0	$0
Nivel 3	$47	$121	$121
Nivel 3: Insulinas Seleccionadas	$35	$105	$95
Nivel 4: Medicamentos que No Son de Preferencia	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4: Insulinas Seleccionadas	$35	$105	$105
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	30% de coseguro	No se encuentra disponible un suministro para tres meses para medicamentos del Nivel 5	No se encuentra disponible un suministro para tres meses para medicamentos del Nivel 5

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANALGESICS		
ANALGESICS COMBINATIONS		
acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab)	3	LC (390 cada 30 dia(s))
ascomp-codeine	3	LC (180 cada 30 dia(s)), NM
bac (butalbital-acetamin-caff)	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
butalbital-apap-caff-cod (50-300-40-30 mg cap, 50-325-40-30 mg cap)	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
butalbital-apap-caffeine (50-300-40 mg cap, 50-325-40 mg cap, 50-325-40 mg tab)	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
butalbital-asa-caff-codeine	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
butalbital-aspirin-caffeine	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
hydrocodone-acetaminophen (5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)	3	LC (240 cada 30 dia(s))
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-325 MG TAB	3	LC (240 cada 30 dia(s)), NM
oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)	3	LC (180 cada 30 dia(s))
tramadol-acetaminophen	3	LC (120 cada 30 dia(s))
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
cataflam	2	
celecoxib (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap, 400 mg cap)	2	
diclofenac potassium 50 mg tab	2	
diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr)	2	
diclofenac sodium 1.5 % solution	3	LC (450 cada 30 dia(s))
diclofenac sodium 3 % gel	3	
diclofenac sodium 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
diflunisal	2	LC (90 cada 30 dia(s))
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	LC (60 cada 30 dia(s))
etodolac er 600 mg tab 24h	2	LC (30 cada 30 dia(s))
FENOPROFEN CALCIUM (FENOPROFEN CALCIUM 400 MG CAP, FENOPROFEN CALCIUM 400 MG CAP)	2	
flurbiprofen (flurbiprofen, flurbiprofen 100 mg tab)	2	
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	LC (120 cada 30 dia(s))
MECLOFENAMATE SODIUM 50 MG CAP	2	LC (240 cada 30 dia(s))
meloxicam (7.5 mg tab, 15 mg tab)	2	
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	
piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)	2	
sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)	2	
OPIOID ANALGESICS		
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)	2	LC (4 cada 28 OVER TIME), NM
fentanyl (12 mcg/hr patch, 25 mcg/hr patch, 50 mcg/hr patch, 75 mcg/hr patch, 100 mcg/hr patch)	2	LC (10 cada 30 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
hydromorphone hcl (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
methadone hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM
morphine sulfate (morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab, morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab)	3	LC (120 cada 30 dia(s)), 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	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
morphine sulfate er 15 mg tab	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM
oxycodone hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
tramadol hcl 100 mg tab	2	LC (120 cada 30 dia(s))
tramadol hcl 50 mg tab	2	LC (240 cada 30 dia(s))

ANESTHETICS

LOCAL ANESTHETICS

AGONEAZE	3	
lidocaine 5 % patch	3	AP
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream	3	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % kit	3	
lidocan	3	AP
LIVIXIL PAK	3	
PRILOVIX	3	
prilovix lite	3	
prilovix lite plus	3	
PRILOVIX PLUS	3	
prilovix ultralite	3	
prilovix ultralite plus	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS		
acamprosate calcium	3	
buprenorphine hcl 2 mg sl tab	2	LC (210 cada 30 dia(s)), NM
buprenorphine hcl 8 mg sl tab	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg tab, 8-2 mg tab)	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg, 12-3 mg)	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
bupropion hcl er (smoking det)	2	
cvs nicotine (2 mg gum, 4 mg gum, 14 mg/24hr patch 24hr)	1	
cvs nicotine polacrilex (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)	1	
disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)	2	
eq nicotine (4 mg gum, 4 mg lozenge)	1	
eq nicotine polacrilex (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)	1	
eq nicotine step 3	1	
ft nicotine (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge, 7 mg/24hr patch 24hr, 14 mg/24hr patch 24hr)	1	
ft nicotine 21 mg/24hr patch 24hr	1	
ft nicotine mini (2 mg, 4 mg)	1	
gnp nicotine (2 mg gum, 4 mg gum, 7 mg/24hr patch 24hr, 14 mg/24hr patch 24hr)	1	
gnp nicotine 21 mg/24hr patch 24hr	1	
gnp nicotine mini (2 mg, 4 mg)	1	
gnp nicotine polacrilex (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)	1	
goodsense nicotine (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)	1	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
goodsense nicotine policrilex	1	
hm nicotine (7 mg/patch, 14 mg/patch)	1	
hm nicotine 21 mg/24hr patch 24hr	1	
hm nicotine polacrilex (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)	1	
KLOXXADO	3	LC (2 cada 30 OVER TIME)
kls quit2 (2 mg gum, 2 mg lozenge)	1	
kls quit4 (4 mg gum, 4 mg lozenge)	1	
lofexidine hcl	5	AP, LC (224 cada 30 OVER TIME)
naloxone hcl (naloxone hcl, naloxone hcl 0.4 mg/ml solution, naloxone hcl 2 mg/2ml soln prsyr, naloxone hcl 4 mg/10ml solution)	2	
naloxone hcl 0.4 mg/ml soln prsyr	2	
naltrexone hcl	2	
nicotine (7 mg/patch, 14 mg/patch)	1	
nicotine 21 mg/24hr patch 24hr	1	
nicotine mini (2 mg, 4 mg)	1	
nicotine polacrilex (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)	1	
nicotine polacrilex mini	1	
nicotine step 1	1	
nicotine step 2	1	
nicotine step 3	1	
NICOTROL NS	4	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
ra nicotine 2 mg gum	1	
ra nicotine gum (2 mg, 4 mg)	1	
sm nicotine (2 mg lozenge, 4 mg gum, 7 mg/24hr patch 24hr, 14 mg/24hr patch 24hr)	1	
sm nicotine 21 mg/24hr patch 24hr	1	
sm nicotine polacrilex (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
varenicline tartrate (starter)	2	
varenicline tartrate 0.5 mg tab	2	
varenicline tartrate 1 mg tab	2	
varenicline tartrate(continue)	2	

ANTIBACTERIALS

amikacin sulfate 500 mg/2ml solution	2	BVD
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	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	2	
ampicillin sodium (1 gm soln, 10 gm soln)	2	BVD
ampicillin sodium 2 gm recon soln	2	BVD
ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm soln, 3 (2-1) gm soln, 15 (10-5) gm soln)	2	BVD
ARIKAYCE	5	LC (252 cada 30 dia(s))
azithromycin (100 mg/5ml, 200 mg/5ml)	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
azithromycin (500 mg tab, 600 mg tab)	2	NM
azithromycin 250 mg tab	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
azithromycin 500 mg recon soln	2	BVD, NM
aztreonam (1 gm soln, 2 gm soln)	2	BVD, NM
BAXDELA 300 MG RECON SOLN	5	LC (28 cada 14 dia(s)), BVD, NM
BAXDELA 450 MG TAB	5	LC (28 cada 14 dia(s)), NM
BICILLIN C-R	4	NM
BICILLIN C-R 900/300	4	NM
BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR)	4	NM
CAYSTON	5	AP, LC (280 cada 30 dia(s)), NM
CEFACLOR (250 MG CAP, 500 MG CAP)	2	NM
CEFACLOR ER	2	NM
cefadroxil (cefadroxil, cefadroxil 250 mg/5ml recon susp, cefadroxil 500 mg cap, cefadroxil 500 mg/5ml recon susp)	2	NM
cefazolin sodium (1 gm soln, 10 gm soln, 500 mg soln)	2	BVD, 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	BVD, NM
cefixime (cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 200 mg/5ml recon susp)	3	NM
cefixime 400 mg cap	2	LC (60 cada 30 dia(s))
cefoxitin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)	2	BVD, NM

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
cefpodoxime proxetil (cefpodoxime proxetil 50 mg/5ml recon susp, cefpodoxime proxetil 100 mg tab, cefpodoxime proxetil 200 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	BVD
CEFTAZIDIME (CEFTAZIDIME, CEFTAZIDIME 1 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 2 GM RECON SOLN)	2	BVD, NM
ceftriaxone sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln, 250 mg soln, 500 mg soln)	2	BVD, NM
cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)	3	NM
cefuroxime sodium (1.5 gm soln, 750 mg soln)	3	BVD, 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	BVD, 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	3	NM
clindamycin hcl (75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap)	2	NM
clindamycin palmitate hcl	3	NM
clindamycin phosphate (300 mg/2ml, 600 mg/4ml)	3	BVD, NM
clindamycin phosphate (9 gm/60ml, 900 mg/6ml)	3	BVD, 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml)	3	BVD, NM
colistimethate sodium (cba)	2	BVD, NM
dalbavancin hcl	4	BVD
daptomycin (daptomycin, daptomycin 350 mg recon soln)	2	BVD, NM
daptomycin 500 mg recon soln	2	LC (150 cada 30 dia(s)), BVD, NM
dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)	3	NM
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	5	LC (136 cada 10 dia(s)), NM
doxy 100	4	BVD, NM
doxycycline hyclate (50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)	2	NM
doxycycline hyclate 100 mg recon soln	4	BVD
doxycycline hyclate 20 mg tab	2	LC (60 cada 30 dia(s)), 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	2	BVD, NM
erythrocin lactobionate (erythrocin lactobionate, erythrocin lactobionate)	2	BVD, 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
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	2	
fidaxomicin	5	LC (20 cada 10 dia(s)), 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FIRVANQ 25 MG/ML RECON SOLN	3	LC (450 cada 30 dia(s))
FIRVANQ 50 MG/ML RECON SOLN	3	LC (450 cada 30 dia(s))
fosfomycin tromethamine	2	NM
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	BVD, NM
gentamicin sulfate 40 mg/ml solution	2	BVD, NM
imipenem-cilastatin (imipenem-cilastatin, imipenem-cilastatin)	3	BVD, 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	BVD, NM
linezolid 100 mg/5ml recon susp	3	NM
linezolid 600 mg tab	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
linezolid 600 mg/300ml solution	3	BVD, NM
meropenem (1 gm soln, 500 mg soln)	2	BVD, NM
methenamine hippurate	2	NM
metronidazole (250 mg tab, 375 mg cap)	2	NM
metronidazole (metronidazole 500 mg/100ml solution, metronidazole 500 mg/100ml solution)	2	BVD, NM
metronidazole 500 mg tab	2	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	3	BVD, NM
nafcillin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)	2	BVD, NM
neomycin sulfate	2	NM
nitrofurantoin (25 mg/5ml suspension, 50 mg/10ml suspension)	3	AP, 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
nitrofurantoin macrocrystal (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	3	NM
nitrofurantoin monohyd macro	3	NM
ofloxacin (ofloxacin, ofloxacin 400 mg tab)	3	NM
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE (40000 UNIT/ML SOLUTION, 60000 UNIT/ML SOLUTION)	2	BVD, NM
penicillin g potassium 20000000 unit recon soln	2	BVD, NM
PENICILLIN G SODIUM	2	BVD, 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	BVD, NM
piperacillin sod-tazobactam so 13.5 (12-1.5) gm recon ln	2	BVD, NM
SIVEXTRO 200 MG RECON SOLN	4	LC (6 cada 30 OVER TIME), BVD, NM
SIVEXTRO 200 MG TAB	4	LC (6 cada 30 OVER TIME), NM
STREPTOMYCIN SULFATE	2	BVD, NM
sulfadiazine	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
tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)	2	NM
tigecycline	2	BVD, NM
tinidazole (250 mg tab, 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
tobramycin 300 mg/5ml nebu soln	5	AP, NM
tobramycin sulfate (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	BVD, NM
TOBRAMYCIN SULFATE 1.2 GM RECON SOLN	2	NM
trimethoprim (trimethoprim, trimethoprim)	2	NM
vancomycin hcl (1 gm soln, 10 gm soln, 750 mg soln)	2	BVD, NM
vancomycin hcl (125 mg cap, 250 mg cap)	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
vancomycin hcl (50 mg/ml soln, 250 mg/5ml soln)	2	LC (450 cada 30 dia(s)), NM
vancomycin hcl 25 mg/ml recon soln	2	LC (450 cada 30 dia(s))
vancomycin hcl 500 mg recon soln	2	BVD, NM
VANCOMYCIN HCL 750 MG RECON SOLN	2	BVD
XIFAXAN 200 MG TAB	3	AP, LC (180 cada 30 dia(s)), NM
XIFAXAN 550 MG TAB	3	AP, LC (90 cada 30 dia(s)), NM

ANTICONVULSANTS

brivaracetam (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	5	LC (60 cada 30 dia(s))
brivaracetam 10 mg/ml solution	5	LC (600 cada 30 dia(s))
CARBAMAZEPINE	3	LC (240 cada 30 dia(s))
carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg tab)	2	
carbamazepine er (er 100 mg cap er, er 100 mg tab er, er 200 mg cap er, er 200 mg tab er, er 300 mg cap er, er 400 mg tab er)	2	
clobazam (10 mg tab, 20 mg tab)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
clobazam 2.5 mg/ml suspension	2	LC (480 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CLONAZEPAM (CLONAZEPAM, CLONAZEPAM 0.125 MG TAB DISP, CLONAZEPAM 0.25 MG TAB DISP, CLONAZEPAM 0.5 MG TAB, CLONAZEPAM 0.5 MG TAB DISP, CLONAZEPAM 1 MG TAB, CLONAZEPAM 1 MG TAB DISP, CLONAZEPAM 2 MG TAB, CLONAZEPAM 2 MG TAB DISP)	2	LC (300 cada 30 dia(s))
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET, 500 MG CAP, 500 MG PACKET)	4	AL, LC (300 cada 30 dia(s)), AP NSO
diazepam (10 mg gel, 20 mg gel)	2	
diazepam 2.5 mg gel	4	
DILANTIN 100 MG CAP	4	LC (300 cada 30 dia(s))
DILANTIN 125 MG/5ML SUSPENSION	4	LC (750 cada 30 dia(s))
DILANTIN 30 MG CAP	4	
DILANTIN INFATABS	4	LC (600 cada 30 dia(s))
DILANTIN-125	4	LC (750 cada 30 dia(s))
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	5	LC (900 cada 30 dia(s)), AP NSO
EPRONTIA	4	LC (480 cada 30 dia(s))
eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
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	

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FINTEPLA	5	AL, LC (360 cada 30 dia(s)), AP NSO
gabapentin (250 mg/5ml, 300 mg/6ml)	2	LC (2160 cada 30 dia(s))
gabapentin 100 mg cap	2	LC (960 cada 30 dia(s))
gabapentin 200 mg cap	4	
gabapentin 300 mg cap	2	LC (330 cada 30 dia(s))
gabapentin 400 mg cap	2	LC (270 cada 30 dia(s))
gabapentin 600 mg tab	2	LC (180 cada 30 dia(s))
gabapentin 800 mg tab	2	LC (120 cada 30 dia(s))
lacosamide (10 mg/ml, 50 mg/5ml, 100 mg/10ml)	3	LC (1200 cada 30 dia(s))
lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
LAMICTAL ODT 100 MG TAB DISP	2	LC (60 cada 30 dia(s))
LAMICTAL ODT 200 MG TAB DISP	2	LC (90 cada 30 dia(s))
lamotrigine (5 mg chew tab, 25 mg chew tab, 25 mg tab, 25 mg tab disp, 50 mg tab disp, 100 mg tab, 100 mg tab disp, 150 mg tab, 200 mg tab, 200 mg tab disp)	2	
lamotrigine 21 x 25 mg & 7 x 50 mg kit	4	LC (28 cada 180 OVER TIME)
lamotrigine 25 & 50 & 100 mg kit	4	LC (70 cada 365 OVER TIME)
lamotrigine 42 x 50 mg & 14x100 mg kit	4	LC (56 cada 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)	2	
lamotrigine starter kit-blue	4	
lamotrigine starter kit-green	4	
lamotrigine starter kit-orange	4	
levetiracetam (750 mg tab, 1000 mg tab)	2	LC (120 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
levetiracetam 100 mg/ml solution	2	LC (900 cada 30 dia(s))
levetiracetam 250 mg tab	2	LC (480 cada 30 dia(s))
levetiracetam 500 mg tab	2	LC (240 cada 30 dia(s))
levetiracetam er (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er)	3	LC (120 cada 30 dia(s))
methsuximide	3	LC (120 cada 30 dia(s))
NAYZILAM	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)	2	
oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension	3	
oxcarbazepine er 150 mg tab 24h	4	TE, LC (480 cada 30 dia(s))
oxcarbazepine er 300 mg tab 24h	4	TE, LC (240 cada 30 dia(s))
oxcarbazepine er 600 mg tab 24h	4	TE, LC (120 cada 30 dia(s))
perampanel (4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab, 10 mg tab, 12 mg tab)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
perampanel 0.5 mg/ml suspension	5	TE, LC (720 cada 30 dia(s))
perampanel 2 mg tab	3	TE, LC (30 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	2	
phenytoin sodium extended 100 mg cap	2	
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 (PRIMIDONE, PRIMIDONE 50 MG TAB, PRIMIDONE 250 MG TAB)	2	
rufinamide 200 mg tab	3	LC (120 cada 30 dia(s))
rufinamide 40 mg/ml suspension	5	LC (2400 cada 30 dia(s))
rufinamide 400 mg tab	5	LC (240 cada 30 dia(s))
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	4	TE, LC (180 cada 30 dia(s))
SUBVENITE	5	LC (1500 cada 30 dia(s))
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
SYMPAZAN 5 MG FILM	4	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
TIAGABINE HCL (TIAGABINE HCL 12 MG TAB, TIAGABINE HCL 12 MG TAB)	3	LC (120 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TIAGABINE HCL (TIAGABINE HCL 16 MG TAB, TIAGABINE HCL 16 MG TAB)	3	LC (90 cada 30 dia(s))
tiagabine hcl 2 mg tab	3	LC (840 cada 30 dia(s))
tiagabine hcl 4 mg tab	3	LC (420 cada 30 dia(s))
topiramate (15 mg cap, 25 mg cap)	2	
topiramate (25 mg/ml solution, 50 mg cap sprink)	4	
topiramate 100 mg tab	2	LC (180 cada 30 dia(s))
topiramate 200 mg tab	2	LC (60 cada 30 dia(s))
topiramate 25 mg tab	2	LC (720 cada 30 dia(s))
topiramate 50 mg tab	2	LC (360 cada 30 dia(s))
valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)	2	
VALTOCO 10 MG DOSE	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
VALTOCO 15 MG DOSE	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
VALTOCO 20 MG DOSE	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
VALTOCO 5 MG DOSE	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
vigabatrin 500 mg packet	5	LC (9000 cada 30 dia(s)), AP NSO
vigabatrin 500 mg tab	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
vigadrone 500 mg packet	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
VIGAFYDE	5	AL, LC (750 cada 30 OVER TIME), AP NSO
XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	LC (60 cada 30 dia(s))
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	5	LC (56 cada 28 dia(s))
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	5	LC (56 cada 28 dia(s))
XCOPRI (COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK)	5	LC (28 cada 28 dia(s))
XCOPRI COPRI 14 12.5 MG & 14 25 MG TAB THPK	4	LC (28 cada 28 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ZONISADE	5	AP NSO
zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	2	
ZTALMY	5	AL, LC (1080 cada 30 dia(s)), AP NSO

ANTIDEMENTIA AGENTS

donepezil hcl (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 23 mg tab)	2	
GALANTAMINE HYDROBROMIDE	3	
galantamine hydrobromide (4 mg tab, 8 mg tab, 12 mg tab)	2	
galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er, er 16 mg cap er, er 24 mg cap er)	2	
LEQEMBI IQLIK	5	AP
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE)	5	AP
memantine hcl (2 mg/ml, 10 mg/5ml)	3	
memantine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
memantine hcl er (er 7 mg cap er, er 14 mg cap er, er 21 mg cap er, er 28 mg cap er)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
rivastigmine (4.6 mg/patch, 9.5 mg/patch, 13.3 mg/patch)	2	
rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)	2	

ANTIDEPRESSANTS

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	LC (30 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
AUVELITY	5	LC (60 cada 30 dia(s))
bupropion hcl (75 mg tab, 100 mg tab)	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)	4	
bupropion hcl er (xl) (er 150 mg tab er, er 300 mg tab er)	2	
CITALOPRAM HYDROBROMIDE	3	
citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
citalopram hydrobromide (10 mg/5ml, 20 mg/10ml)	2	
clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	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	LC (60 cada 30 dia(s))
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	

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
duloxetine hcl 40 mg cp dr part	2	LC (60 cada 30 dia(s))
EMSAM (6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR)	5	LC (30 cada 30 dia(s))
escitalopram oxalate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	1	
escitalopram oxalate (escitalopram oxalate, escitalopram oxalate 5 mg/5ml solution, escitalopram oxalate 10 mg/10ml solution)	2	
EXXUA (36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	5	LC (30 cada 30 dia(s))
EXXUA 18.2 MG TAB ER 24H	5	LC (60 cada 30 dia(s))
EXXUA TITRATION PACK	5	LC (32 cada 180 OVER TIME)
FETZIMA (20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H, 120 MG CAP ER 24H)	4	LC (30 cada 30 dia(s))
FETZIMA TITRATION	4	LC (30 cada 30 dia(s))
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	LC (4 cada 28 OVER TIME)
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	
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	

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
MARPLAN 10 MG TAB	4	
mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab disp)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
mirtazapine (7.5 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	2	
NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)	2	
nortriptyline hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	2	
olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg cap, 6-25 mg cap, 6-50 mg cap, 12-25 mg cap, 12-50 mg cap)	4	
PAROXETINE HCL	2	LC (900 cada 30 dia(s))
paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	2	
paroxetine hcl er (er 12.5 mg tab er, er 37.5 mg tab er)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
paroxetine hcl er 25 mg tab 24h	2	LC (90 cada 30 dia(s))
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	4	
PHENELZINE SULFATE	2	
protriptyline hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	3	TE
RALDESY	4	
sertraline hcl (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	
sertraline hcl 20 mg/ml conc	2	LC (300 cada 30 dia(s))
tranylcypromine sulfate	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	
trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	3	TE

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)	4	LC (30 cada 30 dia(s))
VENLAFAXINE BESYLATE ER	4	
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	
vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	2	
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP, 30 MG CAP)	5	LC (28 cada 14 dia(s)), AP NSO

ANTIEMETICS

aprepitant 125 mg cap	2	LC (3 cada 30 OVER TIME), BVD
aprepitant 40 mg cap	2	LC (1 cada 30 OVER TIME), BVD
aprepitant 80 & 125 mg cap thpk	3	LC (9 cada 30 OVER TIME), BVD
aprepitant 80 mg cap	2	LC (6 cada 30 OVER TIME), BVD
dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	2	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
granisetron hcl 1 mg tab	3	BVD
hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	2	
HYDROXYZINE PAMOATE (HYDROXYZINE PAMOATE, HYDROXYZINE PAMOATE 25 MG CAP, HYDROXYZINE PAMOATE 50 MG CAP)	2	
metoclopramide hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	2	
metoclopramide hcl (5 mg/5ml, 10 mg/10ml)	2	
ondansetron 4 mg tab disp	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
ondansetron 8 mg tab disp	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
ondansetron hcl 4 mg tab	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	2	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ondansetron hcl 8 mg tab	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
promethazine hcl (12.5 mg suppos, 25 mg suppos)	2	
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, promethegan 25 mg suppos)	2	
scopolamine	3	LC (10 cada 28 OVER TIME)
VARUBI (180 MG DOSE)	4	LC (4 cada 28 OVER TIME), BVD

ANTIFUNGALS

AMPHOTERICIN B	4	BVD
amphotericin b liposome	4	BVD
caspofungin acetate (50 mg soln, 70 mg soln)	4	BVD, NM
clotrimazole (1 % cream, 1 % solution)	2	
clotrimazole 10 mg troche	2	
clotrimazole-betamethasone (clotrimazole-betamethasone, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion)	3	
CRESEMBA (74.5 MG CAP, 186 MG CAP)	5	AP
econazole nitrate	3	
fluconazole (10 mg/ml recon susp, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	3	NM
fluconazole in sodium chloride (in 200-0.9 mg/100ml-%, in 400-0.9 mg/200ml-%)	3	BVD, NM
flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)	5	NM
griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)	3	NM
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
itraconazole 10 mg/ml solution	3	NM
itraconazole 100 mg cap	2	LC (126 cada 30 dia(s)), NM
ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo)	3	
ketoconazole 200 mg tab	3	NM
klayesta	2	
micafungin sodium (50 mg soln, 100 mg soln)	2	BVD
MICONAZOLE 3	3	
NOXAFIL 300 MG PACKET	5	AP, LC (31 cada 30 dia(s)), NM
nyamyc	2	
nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment)	2	
nystatin 100000 unit/gm powder	2	
nystatin 100000 unit/ml suspension	2	NM
nystatin 500000 unit tab	2	NM
nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)	3	
nystop	2	
oxiconazole nitrate	3	
posaconazole 100 mg tab dr	5	LC (240 cada 30 dia(s))
posaconazole 40 mg/ml suspension	5	NM
terbinafine hcl 250 mg tab	2	LC (90 cada 30 dia(s)), NM
terconazole (0.4 %, 0.8 %)	2	
terconazole 80 mg suppos	2	
VORICONAZOLE	5	NM
voriconazole 200 mg recon soln	3	BVD, NM
voriconazole 200 mg tab	2	LC (90 cada 30 dia(s)), NM
voriconazole 40 mg/ml recon susp	3	LC (450 cada 30 dia(s)), NM
voriconazole 50 mg tab	2	LC (360 cada 30 dia(s)), 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANTIGOUT AGENTS		
allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)	1	
colchicine 0.6 mg tab	3	LC (120 cada 30 dia(s))
colchicine-probenecid	3	
febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
probenecid	3	
ANTIMIGRAINE AGENTS		
AJOVY 225 MG/1.5ML SOLN A-INJ	3	LC (4.5 cada 84 OVER TIME)
AJOVY 225 MG/1.5ML SOLN PRSYR	3	LC (4.5 cada 84 OVER TIME)
diclofenac potassium(migraine)	3	TE, LC (9 cada 30 OVER TIME)
dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution	3	AP
eletriptan hydrobromide 20 mg tab	2	LC (9 cada 30 OVER TIME)
eletriptan hydrobromide 40 mg tab	2	LC (9 cada 30 OVER TIME)
EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)	3	LC (5 cada 84 OVER TIME)
EMGALITY (300 MG DOSE)	3	LC (3 cada 30 OVER TIME)
frovatriptan succinate	4	TE, LC (12 cada 30 OVER TIME)
naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)	3	LC (9 cada 30 OVER TIME)
NURTEC	3	AP, LC (8 cada 30 OVER TIME)
rizatriptan benzoate (5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)	2	LC (18 cada 30 OVER TIME)
rizatriptan benzoate 5 mg tab	2	LC (18 cada 30 OVER TIME)
sumatriptan (5 mg/act, 20 mg/act)	2	TE, LC (12 cada 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	2	LC (9 cada 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)	2	LC (4 cada 30 OVER TIME)
zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)	3	LC (9 cada 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
zolmitriptan 5 mg solution	4	TE, LC (8 cada 30 OVER TIME)
ANTIMYCOBACTERIALS		
dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)	2	
ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	2	NM
isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab)	2	NM
PRETOMANID	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
pyrazinamide	2	NM
rifabutin	2	NM
rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)	3	NM
rifampin 600 mg recon soln	3	BVD, NM
rifapentine	4	LC (32 cada 28 dia(s)), NM
SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)	5	AP, NM
ANTINEOPLASTICS		
abiraterone acetate 250 mg tab	3	LC (120 cada 30 dia(s))
abirtega	3	LC (120 cada 30 dia(s))
ACTIMMUNE	5	AP NSO
AKEEGA (50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
ALECENSA	5	LC (240 cada 30 dia(s)), AP NSO
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
ALUNBRIG 30 MG TAB	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	5	LC (30 cada 180 OVER TIME), AP NSO
anastrozole	2	LC (30 cada 30 dia(s))
AUGTYRO 160 MG CAP	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
AUGTYRO 40 MG CAP	5	LC (240 cada 30 dia(s)), AP NSO
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	5	LC (66 cada 28 OVER TIME), AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
BALVERSA (3 MG TAB, 4 MG TAB, 5 MG TAB)	5	LC (84 cada 28 dia(s)), AP NSO
BEQALZI (1 MG TAB, 5 MG TAB)	5	LC (11 cada 7 dia(s)), AP NSO
BEQALZI 20 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
BEQALZI 80 MG TAB	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
BEQALZI STARTER PACK	5	LC (44 cada 180 OVER TIME), AP NSO
BESREMI	5	LC (2 cada 28 OVER TIME), AP NSO
BESREMI PEN	5	LC (2 cada 28 OVER TIME), AP NSO
bexarotene 1 % gel	5	AP NSO
bexarotene 75 mg cap	5	AP NSO
bicalutamide	2	LC (30 cada 30 dia(s))
BOSULIF (100 MG CAP, 100 MG TAB)	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
BOSULIF 50 MG CAP	5	LC (210 cada 30 dia(s)), AP NSO
BOSULIF 500 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
bosutinib 400 mg tab	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
BRAFTOVI	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
BRUKINSA 160 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
CALQUENCE 100 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
CAPRELSA (100 MG TAB, 300 MG TAB)	5	AL, LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	5	AP NSO
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	5	AP NSO
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	5	AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
COTELLIC	5	AL, LC (63 cada 28 dia(s)), AP NSO
CYCLOPHOSPHAMIDE (CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TAB, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TAB)	2	BVD
DANZITEN (71 MG TAB, 95 MG TAB)	5	AL, LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
dasatinib (50 mg tab, 70 mg tab, 80 mg tab, 100 mg tab, 140 mg tab)	4	LC (30 cada 30 dia(s))
dasatinib 20 mg tab	4	LC (90 cada 30 dia(s))
DAURISMO 100 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
DAURISMO 25 MG TAB	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
ELIGARD (7.5 MG KIT, 22.5 MG KIT, 30 MG KIT)	4	BVD
ELIGARD 45 MG KIT	5	BVD
ENSACOVE (25 MG CAP, 100 MG CAP)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
ERIVEDGE	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
ERLEADA 240 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
ERLEADA 60 MG TAB	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
erlotinib hcl 25 mg tab	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
ETCAMAH	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
EULEXIN	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
everolimus (2 mg tab, 3 mg tab, 5 mg tab)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
exemestane	2	LC (60 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FIRMAGON	4	BVD
FIRMAGON (240 MG DOSE)	5	BVD
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	5	LC (21 cada 28 OVER TIME), AP NSO
FRUZAQLA 1 MG CAP	5	LC (84 cada 28 dia(s)), AP NSO
FRUZAQLA 5 MG CAP	5	LC (21 cada 28 dia(s)), AP NSO
GAVRETO 100 MG CAP	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
gefitinib	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
GOMEKLI (1 MG CAP, 1 MG TAB SOL)	5	LC (240 cada 30 dia(s)), AP NSO
GOMEKLI 2 MG CAP	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
HERNEXEOS	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
hydroxyurea	2	
HYRNUO	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
IBRANCE (75 MG TAB, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB)	5	LC (21 cada 28 OVER TIME), AP NSO
IBTROZI	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
IDHIFA (50 MG TAB, 100 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
imatinib mesylate 100 mg tab	2	LC (90 cada 30 dia(s))
imatinib mesylate 400 mg tab	2	LC (60 cada 30 dia(s))
IMBRUVICA (70 MG CAP, 140 MG TAB, 280 MG TAB, 420 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
IMBRUVICA 140 MG CAP	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	5	LC (216 cada 30 dia(s)), AP NSO
IMKELDI	5	LC (300 cada 30 dia(s)), AP NSO
INLURIYO	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
INLYTA 1 MG TAB	5	LC (600 cada 30 dia(s)), AP NSO
INLYTA 5 MG TAB	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
INQOVI	5	LC (5 cada 28 OVER TIME), AP NSO
INREBIC	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
ITOVEBI 3 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
ITOVEBI 9 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
IWILFIN	5	LC (240 cada 30 dia(s)), AP NSO
JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
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	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
JAYPIRCA 100 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
JAYPIRCA 50 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
JIDEYTRO 100 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
JIDEYTRO 25 MG TAB	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
KISQALI (200 MG DOSE)	5	LC (63 cada 28 dia(s)), AP NSO
KISQALI (400 MG DOSE)	5	LC (63 cada 28 dia(s)), AP NSO
KISQALI (600 MG DOSE)	5	LC (63 cada 28 dia(s)), AP NSO
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	5	LC (49 cada 28 dia(s)), AP NSO
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	5	LC (70 cada 28 dia(s)), AP NSO
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	5	LC (91 cada 28 dia(s)), AP NSO
KOMZIFTI	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
KOSELUGO (10 MG CAP, 25 MG CAP)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	5	LC (600 cada 30 dia(s)), AP NSO
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	5	LC (360 cada 30 dia(s)), AP NSO
KRAZATI	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
lapatinib ditosylate	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
LAZCLUZE 240 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
LAZCLUZE 80 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
LEDERLE LEUCOVORIN	3	
lenalidomide (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap)	5	AL, LC (28 cada 28 dia(s)), AP NSO
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
letrozole	2	LC (30 cada 30 dia(s))
leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)	3	
LEUKERAN	5	AP NSO
leuprolide acetate	3	
LIFYORLI (125 MG DOSE)	5	LC (18 cada 28 OVER TIME), AP NSO
LIFYORLI (150 MG DOSE)	5	LC (28 cada 28 OVER TIME), AP NSO
lomustine (40 mg cap, 100 mg cap)	5	AP NSO
lomustine 10 mg cap	3	AP NSO
LONSURF (15-6.14 MG TAB, 20-8.19 MG TAB)	5	LC (80 cada 28 dia(s)), AP NSO
LORBRENA 100 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
LORBRENA 25 MG TAB	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
LUMAKRAS 120 MG TAB	5	LC (240 cada 30 dia(s)), AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
LUMAKRAS 240 MG TAB	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
LUMAKRAS 320 MG TAB	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
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)	5	BVD
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	BVD
LUTRATE DEPOT	4	BVD
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
LYSODREN	5	
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	5	LC (150 cada 30 dia(s)), AP NSO
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	5	LC (150 cada 30 dia(s)), AP NSO
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	5	LC (150 cada 30 dia(s)), AP NSO
MATULANE	5	
megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab)	2	
megestrol acetate (40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	2	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	5	LC (1200 cada 30 dia(s)), AP NSO
MEKINIST 0.5 MG TAB	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
MEKINIST 2 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
MEKTOVI	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension	5	LC (300 cada 30 dia(s)), AP NSO
mercaptopurine 50 mg tab	2	
mesna 400 mg tab	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	
METHOTREXATE SODIUM 250 MG/10ML SOLUTION	2	BVD
METHOTREXATE SODIUM 50 MG/2ML SOLUTION	2	BVD
MIMRYLO (9.5 MG RECON SOLN, 19 MG RECON SOLN, 28 MG RECON SOLN, 41 MG RECON SOLN, 54 MG RECON SOLN)	5	LC (8 cada 28 OVER TIME), AP NSO
MODEYSO	5	AL, LC (20 cada 28 OVER TIME), AP NSO
NERLYNX	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
nilotinib hcl (50 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
NILUTAMIDE (NILUTAMIDE, NILUTAMIDE)	5	
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	5	LC (3 cada 28 OVER TIME), AP NSO
NUBEQA	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
ODOMZO	5	AL, LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
OGSIVEO (100 MG TAB, 150 MG TAB)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
OJEMDA 100 MG TAB	5	LC (24 cada 28 OVER TIME), AP NSO
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	5	LC (96 cada 28 OVER TIME), AP NSO
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	5	LC (14 cada 28 OVER TIME), AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ORGOVYX	5	LC (32 cada 30 dia(s)), AP NSO
ORSERDU 345 MG TAB	5	AL, LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
ORSERDU 86 MG TAB	5	AL, LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
PANRETIN	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
pazopanib hcl	5	AP NSO
PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB)	5	AL, AP NSO
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)	5	LC (21 cada 28 dia(s)), AP NSO
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	5	LC (21 cada 28 OVER TIME), AP NSO
QINLOCK	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
RASONQUE 100 MG TAB	5	LC (90 TAB cada 30 dia(s)), AP NSO
RASONQUE 150 MG TAB	5	LC (60 TAB cada 30 dia(s)), AP NSO
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
RETEVMO 40 MG TAB	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
RETEVMO 80 MG TAB	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
REVUFORJ 110 MG TAB	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
REVUFORJ 160 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
REVUFORJ 25 MG TAB	5	LC (240 cada 30 dia(s)), AP NSO
REZLIDHIA	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	5	LC (8 cada 28 OVER TIME), AP NSO
ROZLYTREK 100 MG CAP	5	LC (150 cada 30 dia(s)), AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ROZLYTREK 200 MG CAP	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
ROZLYTREK 50 MG PACKET	5	LC (360 cada 30 dia(s)), AP NSO
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
RYDAPT	5	LC (240 cada 30 dia(s)), AP NSO
SCEMBLIX 100 MG TAB	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
SCEMBLIX 20 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
SCEMBLIX 40 MG TAB	5	LC (300 cada 30 dia(s)), AP NSO
SOLTAMOX	4	
sorafenib tosylate	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
STIVARGA	5	LC (84 cada 21 dia(s)), AP NSO
sunitinib malate (25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
sunitinib malate 12.5 mg cap	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
TABLOID	5	AP NSO
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	5	LC (900 cada 30 dia(s)), AP NSO
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	5	AL, LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
TALZENNA 0.25 MG CAP	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)	2	
TEPMETKO	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
THALOMID 100 MG CAP	5	LC (120 cada 30 dia(s))
THALOMID 50 MG CAP	5	LC (240 cada 30 dia(s))
TIBSOVO	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
toremifene citrate	4	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
torpenz (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	5	AL, LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
TRELSTAR MIXJECT (3.75 MG RECON SUSP, 11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP)	4	BVD
tretinoin 10 mg cap	5	LC (360 cada 30 dia(s))
TREXALL (5 MG TAB, 7.5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB)	3	
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	5	LC (64 cada 28 OVER TIME), AP NSO
TUKYSA (50 MG TAB, 150 MG TAB)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
TURALIO 125 MG CAP	5	AL, LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
VANFLYTA 17.7 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
VANFLYTA 26.5 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
VENCLEXTA 10 MG TAB	4	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
VENCLEXTA 100 MG TAB	5	LC (240 cada 40 dia(s)), AP NSO
VENCLEXTA 50 MG TAB	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
VEPPANU 100 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
VEPPANU 200 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
VERZENIO (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
VITRAKVI 100 MG CAP	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	5	LC (300 cada 30 dia(s)), AP NSO
VITRAKVI 25 MG CAP	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
VONJO	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
VORANIGO 10 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
VORANIGO 40 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
WELIREG	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 50 MG CAP SPRINK)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
XALKORI (200 MG CAP, 250 MG CAP)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
XOSPATA	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)	5	LC (8 cada 28 OVER TIME), AP NSO
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 TAB THPK	5	LC (16 cada 28 OVER TIME), AP NSO
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	5	LC (4 cada 28 OVER TIME), AP NSO
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	5	LC (8 cada 28 OVER TIME), AP NSO
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	5	LC (4 cada 28 OVER TIME), AP NSO
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	5	LC (24 cada 28 OVER TIME), AP NSO
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 TAB THPK	5	LC (8 cada 28 OVER TIME), AP NSO
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	5	LC (4 cada 28 OVER TIME), AP NSO
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	5	LC (32 cada 28 OVER TIME), AP NSO
XTANDI (40 MG CAP, 40 MG TAB, 80 MG TAB)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
YONSA	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
yulithira (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	4	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
ZELBORAF	5	LC (240 cada 30 dia(s)), AP NSO
ZENBEXUS (0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ZOLINZA	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
ZYKADIA	5	LC (150 cada 30 dia(s)), AP NSO

ANTIPARASITICS

albendazole	2	
atovaquone	2	NM
atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)	2	NM
chloroquine phosphate (chloroquine phosphate, chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 500 mg tab)	2	NM
COARTEM	4	LC (24 cada 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
ivermectin 3 mg tab	2	NM
KRINTAFEL	4	LC (4 cada 30 OVER TIME), NM
LAMPIT (30 MG TAB, 120 MG TAB)	4	AP, NM
mefloquine hcl	2	NM
nitazoxanide	4	LC (20 cada 10 dia(s)), NM
pentamidine isethionate	2	BVD, NM
praziquantel	3	NM
primaquine phosphate (primaquine phosphate, primaquine phosphate)	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
pyrimethamine	5	AP
quinine sulfate	3	NM
ANTIPARKINSON AGENTS		
amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution)	2	
amantadine hcl 100 mg cap	2	LC (120 cada 30 dia(s))
apomorphine hcl	5	AP
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	2	
bromocriptine mesylate 2.5 mg tab	3	
bromocriptine mesylate 5 mg cap	2	
carbidopa	3	
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	LC (360 cada 30 dia(s))
CARBIDOPA-LEVODOPA ER 23.75-95 MG CAP	3	LC (750 cada 30 dia(s))
CARBIDOPA-LEVODOPA ER 36.25-145 MG CAP	3	LC (480 cada 30 dia(s))
CARBIDOPA-LEVODOPA ER 48.75-195 MG CAP	3	LC (360 cada 30 dia(s))
CARBIDOPA-LEVODOPA ER 61.25-245 MG CAP	3	LC (300 cada 30 dia(s))
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	2	
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	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	LC (30 cada 30 dia(s))
pramipexole dihydrochloride er (er 0.75 mg tab er, er 1.5 mg tab er)	3	LC (90 cada 30 dia(s))
rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	2	
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)	2	LC (90 cada 30 dia(s))
selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)	2	
trihexyphenidyl hcl (2 mg tab, 5 mg tab)	2	LC (150 cada 30 dia(s))
trihexyphenidyl hcl 0.4 mg/ml solution	2	

ANTIPSYCHOTICS

ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML PRSYR	5	LC (2.4 cada 56 OVER TIME), BVD
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML PRSYR	5	LC (3.2 cada 56 OVER TIME), BVD
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	5	LC (2 cada 28 OVER TIME), BVD
aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
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	LC (900 cada 30 dia(s))
ARISTADA 1064 MG/3.9ML PRSYR	5	LC (3.9 cada 56 OVER TIME), BVD
ARISTADA 441 MG/1.6ML PRSYR	5	LC (1.6 cada 28 OVER TIME), BVD
ARISTADA 662 MG/2.4ML PRSYR	5	LC (2.4 cada 28 OVER TIME), BVD
ARISTADA 882 MG/3.2ML PRSYR	5	LC (3.2 cada 28 OVER TIME), 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ARISTADA INITIO	5	LC (2.4 cada 28 OVER TIME), BVD
asenapine maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	2	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
BYSANTI (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
BYSANTI TITRATION PACK A	5	AP, LC (8 cada 180 OVER TIME)
BYSANTI TITRATION PACK B	5	AP, LC (12 cada 180 OVER TIME)
BYSANTI TITRATION PACK C	5	AP, LC (8 cada 180 dia(s))
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
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	
clozapine (100 mg tab, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp)	3	LC (180 cada 30 dia(s))
clozapine (12.5 mg tab disp, 25 mg tab disp, 100 mg tab disp)	3	LC (270 cada 30 dia(s))
clozapine (25 mg tab, 50 mg tab)	3	LC (90 cada 30 dia(s))
clozapine 200 mg tab	3	LC (135 cada 30 dia(s))
COBENFY (50-20 MG CAP, 100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
COBENFY STARTER PACK	5	LC (56 cada 180 OVER TIME), AP NSO
compro	2	
EQUETRO (100 MG CAP ER 12H, 200 MG CAP ER 12H, 300 MG CAP ER 12H)	4	LC (180 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	5	LC (0.75 cada 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	5	LC (1 cada 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	5	LC (1.5 cada 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	5	LC (2.25 cada 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	4	LC (0.25 cada 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	5	LC (0.5 cada 28 OVER TIME), BVD
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
FANAPT TITRATION PACK A	4	LC (8 cada 30 OVER TIME), AP NSO
FANAPT TITRATION PACK B	4	LC (8 cada 30 OVER TIME), AP NSO
FANAPT TITRATION PACK C	4	LC (8 cada 30 OVER TIME), AP NSO
fluphenazine decanoate	2	BVD
fluphenazine hcl (fluphenazine hcl 5 mg tab, fluphenazine hcl 10 mg tab, fluphenazine hcl 5 mg/ml conc, fluphenazine hcl 1 mg tab, fluphenazine hcl 2.5 mg/5ml elixir, fluphenazine hcl 2.5 mg tab)	2	
FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION	2	BVD
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
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	5	LC (3.5 cada 180 OVER TIME), 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	5	LC (5 cada 180 OVER TIME), BVD
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	LC (0.88 cada 90 OVER TIME), BVD
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	5	LC (1.32 cada 90 OVER TIME), BVD
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	5	LC (1.75 cada 90 OVER TIME), BVD
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	5	LC (2.63 cada 90 OVER TIME), BVD
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	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
MOLINDONE HCL (5 MG TAB, 10 MG TAB, 25 MG TAB)	2	LC (270 cada 30 dia(s))
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
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	LC (30 cada 30 dia(s))
olanzapine 10 mg recon soln	2	BVD
OPIPZA 10 MG FILM	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
OPIPZA 2 MG FILM	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
OPIPZA 5 MG FILM	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
paliperidone er (er 1.5 mg tab er, er 3 mg tab er, er 9 mg tab er)	2	LC (30 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
paliperidone er 6 mg tab 24h	2	LC (60 cada 30 dia(s))
perphenazine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab)	2	
pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)	2	
prochlorperazine	2	
prochlorperazine maleate (5 mg tab, 10 mg tab)	2	
QUETIAPINE FUMARATE (QUETIAPINE FUMARATE, QUETIAPINE FUMARATE 25 MG TAB, QUETIAPINE FUMARATE 50 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	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
RISPERIDONE	2	LC (30 cada 30 dia(s))
risperidone (0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
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 1 mg/ml solution	2	LC (240 cada 30 dia(s))
risperidone microspheres er (er 12.5 mg, er 25 mg)	3	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	TE, LC (30 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	
trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	2	
UZEDY 100 MG/0.28ML SUSP PRSYR	5	LC (0.28 cada 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 125 MG/0.35ML SUSP PRSYR	5	LC (0.35 cada 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 150 MG/0.42ML SUSP PRSYR	5	LC (0.42 cada 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 200 MG/0.56ML SUSP PRSYR	5	LC (0.56 cada 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 250 MG/0.7ML SUSP PRSYR	5	LC (0.7 cada 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 50 MG/0.14ML SUSP PRSYR	5	LC (0.14 cada 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 75 MG/0.21ML SUSP PRSYR	5	LC (0.21 cada 28 OVER TIME), BVD
VERSACLOZ	5	LC (600 cada 30 dia(s)), AP NSO
VRAYLAR (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	2	
ziprasidone mesylate	2	BVD

ANTIVIRALS

abacavir sulfate 20 mg/ml solution	3	
abacavir sulfate 300 mg tab	3	LC (180 cada 30 dia(s))
abacavir sulfate-lamivudine	2	LC (30 cada 30 dia(s))
acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	3	
acyclovir 5 % ointment	3	
acyclovir sodium	3	BVD
adefovir dipivoxil	3	LC (30 cada 30 dia(s))
APTIVUS	5	LC (120 cada 30 dia(s))
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	4	NM
BIKTARVY 30-120-15 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
BIKTARVY 50-200-25 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s))
CIMDUO	5	LC (30 cada 30 dia(s))
darunavir 600 mg tab	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
darunavir 800 mg tab	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
DELSTRIGO	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
DOVATO	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
EDURANT PED	5	LC (180 cada 30 dia(s))
efavirenz	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
efavirenz-emtricitab-tenofo df	2	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
efavirenz-lamivudine-tenofovir (efavirenz-lamivudine-tenofovir, efavirenz-lamivudine-tenofovir)	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
emtricitab-rilpivir-tenofov df	5	
emtricitabine	3	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)	2	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	4	LC (720 cada 30 dia(s)), NM
entecavir 0.5 mg tab	3	LC (30 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
entecavir 1 mg tab	3	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
etravirine (100 mg tab, 200 mg tab)	4	NM
EVOTAZ	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)	2	NM
fosamprenavir calcium	4	NM
GENVOYA	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
IDVYNSO	5	LC (30 cada 30 dia(s))
INTELENCE 25 MG TAB	4	NM
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	5	LC (180 cada 30 dia(s)), NM
ISENTRESS 100 MG PACKET	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	4	LC (180 cada 30 dia(s)), NM
ISENTRESS 400 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
ISENTRESS HD	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
JULUCA	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
lamivudine (10 mg/ml, 300 mg/30ml)	3	NM
lamivudine (100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
lamivudine-zidovudine	3	NM
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	5	AP, LC (168 cada 365 OVER TIME)
LIVTENCITY	5	AP, LC (336 cada 28 dia(s))
lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab	3	LC (300 cada 30 dia(s)), NM
lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
maraviroc (150 mg tab, 300 mg tab)	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
MAVYRET 100-40 MG TAB	5	AP, LC (84 cada 28 dia(s))
MAVYRET 50-20 MG PACKET	5	AP, LC (140 cada 28 dia(s))
NEVIRAPINE	3	LC (1200 cada 30 dia(s)), NM
nevirapine	3	LC (60 cada 30 dia(s)), 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
nevirapine er	3	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
ODEFSEY	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
oseltamivir phosphate 30 mg cap	3	LC (84 cada 180 OVER TIME), NM
oseltamivir phosphate 45 mg cap	3	LC (42 cada 180 OVER TIME), NM
oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp	3	
oseltamivir phosphate 75 mg cap	3	LC (42 cada 180 OVER TIME), NM
PAXLOVID (150/100)	3	LC (30 cada 60 OVER TIME), NM
PAXLOVID (300/100 & 150/100)	2	LC (11 cada 60 OVER TIME), NM
PAXLOVID (300/100)	3	LC (30 cada 60 OVER TIME), NM
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (4 cada 30 OVER TIME), NM
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME), NM
PIFELTRO	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
PREVYMIS (20 MG PACKET, 120 MG PACKET)	5	LC (800 cada 365 OVER TIME), AP NSO
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	5	LC (200 cada 365 OVER TIME), AP NSO
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	5	LC (360 cada 30 dia(s)), NM
PREZISTA 150 MG TAB	5	LC (180 cada 30 dia(s)), NM
PREZISTA 75 MG TAB	4	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
RELENZA DISKHALER	4	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
REYATAZ 50 MG PACKET	5	LC (240 cada 30 dia(s)), NM
RIBAVIRIN 200 MG CAP	3	LC (210 cada 30 dia(s)), NM
RIBAVIRIN 200 MG TAB	3	LC (210 cada 30 dia(s)), NM
rilpivirine hcl	5	LC (60 cada 30 dia(s)), 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ritonavir	3	LC (450 cada 30 dia(s)), NM
RUKOBIA	5	LC (60 cada 30 dia(s))
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
STRIBILD	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
SUNLENCA 300 MG TAB	5	LC (5 cada 28 OVER TIME), NM
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	5	LC (4 cada 180 OVER TIME), NM
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	5	LC (5 cada 180 OVER TIME), NM
SYMTUZA	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
tenofovir disoproxil fumarate	2	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
TIVICAY 50 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
TIVICAY PD	5	LC (180 cada 30 dia(s))
TRIUMEQ	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
TRIUMEQ PD	5	LC (180 cada 30 dia(s))
valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
valganciclovir hcl 450 mg tab	2	LC (90 cada 30 dia(s)), NM
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	3	NM
VEMLIDY	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
VIRACEPT (250 MG TAB, 625 MG TAB)	5	NM
VIREAD (150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
VIREAD 40 MG/GM POWDER	5	NM
VOSEVI	5	AP, LC (28 cada 28 dia(s))
XOFLUZA (40 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	4	LC (8 cada 365 OVER TIME), NM
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	4	LC (8 cada 365 OVER TIME), NM
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 2 40 TAB THPK	4	LC (8 cada 365 OVER TIME), NM
zidovudine (50 mg/5ml syrup, 100 mg cap, 300 mg tab)	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANXIOLYTICS		
alprazolam (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp)	3	LC (150 cada 30 dia(s))
alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	2	LC (150 cada 30 dia(s))
alprazolam er (er 0.5 mg tab er, er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er)	3	LC (90 cada 30 dia(s))
ALPRAZOLAM INTENSOL	2	LC (300 cada 30 dia(s))
alprazolam xr (0.5 mg tab er, 1 mg tab er, 2 mg tab er, 3 mg tab er)	3	LC (90 cada 30 dia(s))
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	LC (90 cada 30 dia(s))
clorazepate dipotassium 15 mg tab	3	LC (180 cada 30 dia(s))
diazepam (2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	2	LC (120 cada 30 dia(s))
diazepam 5 mg/5ml solution	2	LC (1200 cada 30 dia(s))
diazepam 5 mg/ml conc	2	LC (240 cada 30 dia(s))
diazepam intensol	2	LC (240 cada 30 dia(s))
lorazepam (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	2	LC (150 cada 30 dia(s))
lorazepam 2 mg/ml conc	2	LC (150 cada 30 dia(s))
lorazepam intensol	2	LC (150 cada 30 dia(s))
BIPOLAR AGENTS		
MOOD STABILIZERS		
lithium	2	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
ANTIDIABETIC AGENTS		
acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	LC (90 cada 30 dia(s))
ALOGLIPTIN BENZOATE (6.25 MG TAB, 12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
ALOGLIPTIN-METFORMIN HCL (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)	1	LC (60 cada 30 dia(s))
ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE (12.5-30 MG TAB, 25-15 MG TAB, 25-30 MG TAB, 25-45 MG TAB)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
dapagliflozin base-metformin er (er 10-1000 mg tab er, er 10-500 mg tab er)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
dapagliflozin base-metformin er (er 5-1000 mg tab er, er 5-500 mg tab er)	1	LC (60 cada 30 dia(s))
dapagliflozin (5 mg tab, 10 mg tab)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
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	
glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	1	LC (120 cada 30 dia(s))
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
JANUMET XR (50-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
JANUMET XR 100-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (30 cada 30 dia(s))
JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
JENTADUETO 2.5-1000 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
JENTADUETO 2.5-500 MG TAB	3	LC (120 cada 30 dia(s))
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (60 cada 30 dia(s))
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (30 cada 30 dia(s))
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	
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	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)
nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)	1	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) (MG/3ML SOLN PEN	3	AP, LC (3 cada 28 OVER TIME)
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	3	AP, LC (3 cada 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
OZEMPIC (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	3	AP, LC (3 cada 28 OVER TIME)
pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)	1	LC (90 cada 30 dia(s))
repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	1	
saxagliptin hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
saxagliptin-metformin er (er 5-1000 mg tab er, er 5-500 mg tab er)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
saxagliptin-metformin er 2.5-1000 mg tab 24h	1	LC (60 cada 30 dia(s))
SEGLUROMET (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 7.5-1000 MG TAB, 7.5-500 MG TAB)	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER (ER 50-1000 MG TAB ER 24H, ER 50-500 MG TAB ER 24H)	1	LC (60 cada 30 dia(s))
SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER 100-1000 MG TAB 24H	1	LC (30 cada 30 dia(s))
SITAGLIPTIN (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN HCL (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	1	LC (60 cada 30 dia(s))
SOLIQUA	3	LC (18 cada 30 OVER TIME), $35
STEGLATRO (5 MG TAB, 15 MG TAB)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
SYNJARDY (5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
SYNJARDY XR (5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H)	3	LC (60 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (30 cada 30 dia(s))
TRADJENTA	3	LC (30 cada 30 dia(s))
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	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME)
XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
XIGDUO XR (5-500 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
GLYCEMIC AGENTS		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
diazoxide	5	
glucagon emergency (glucagon emergency, glucagon emergency 1 mg recon soln)	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK (0.5 MG/0.1ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.2ML SOLN A-INJ)	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK (0.5 MG/0.1ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.2ML SOLN A-INJ)	3	
GVOKE KIT	3	
GVOKE PFS 1 MG/0.2ML SOLN PRSYR	3	
mifepristone 300 mg tab	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
INSULINS		
FIASP	3	$35

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FIASP FLEXTOUCH	3	$35
FIASP PENFILL	3	$35
HUMALOG (100 UNIT/ML SOLN CART, 100 UNIT/ML SOLUTION)	3	$35
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	$35
HUMALOG KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	3	$35
HUMALOG KWIKPEN KWIK200 UNIT/ML SOLN	3	$35
HUMALOG MIX 50/50	3	$35
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	$35
HUMALOG MIX 75/25	3	$35
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	$35
HUMULIN 70/30	3	$35
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	$35
HUMULIN N	3	$35
HUMULIN N KWIKPEN	3	$35
HUMULIN R	3	$35
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	$35
INSULIN LISPRO	3	$35
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)	3	$35
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	3	$35
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO	3	$35
LANTUS	3	LC (120 cada 30 dia(s)), $35
LANTUS SOLOSTAR	3	LC (120 cada 30 dia(s)), $35
NOVOLIN 70/30	3	$35
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	3	$35
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	3	$35
NOVOLIN 70/30 RELION	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
NOVOLIN N	3	$35
NOVOLIN N FLEXPEN	3	$35
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	3	$35
NOVOLIN N RELION	3	
NOVOLIN R	3	$35
NOVOLIN R FLEXPEN	3	$35
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	3	$35
NOVOLIN R RELION	3	
NOVOLOG	3	$35
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION	3	$35
NOVOLOG FLEXPEN	3	$35
NOVOLOG FLEXPEN RELION	3	$35
NOVOLOG MIX 70/30	3	$35
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	3	$35
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	3	$35
NOVOLOG PENFILL	3	$35
NOVOLOG RELION	3	$35
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	LC (30 cada 30 dia(s)), $35
TOUJEO SOLOSTAR	3	LC (45 cada 30 dia(s)), $35

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ANTICOAGULANTS

dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap)	4	LC (60 cada 30 dia(s))
ELIQUIS (1.5 MG PACK)	3	LC (448 cada 28 dia(s))
ELIQUIS (2 MG PACK)	3	LC (448 cada 28 dia(s))
ELIQUIS 0.15 MG CAP SPRINK	3	LC (70 cada 28 dia(s))
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	3	LC (448 cada 28 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ELIQUIS 2.5 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
ELIQUIS 5 MG TAB	3	LC (74 cada 30 dia(s))
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	3	LC (74 cada 180 OVER TIME)
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)	2	
fondaparinux sodium (5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml, 10 mg/0.8ml)	5	LC (30 cada 30 dia(s))
fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution	3	LC (30 cada 30 dia(s))
heparin sodium (porcine) (5000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml)	2	
heparin sodium (porcine) +rfid	2	
heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml solution	2	
heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution	3	
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	
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	
XARELTO (10 MG TAB, 20 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	3	LC (600 cada 30 dia(s))
XARELTO 15 MG TAB	3	LC (42 cada 30 dia(s))
XARELTO 2.5 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
XARELTO STARTER PACK	3	LC (102 cada 365 OVER TIME)
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER		
anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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, 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
ARANESP (ALBUMIN FREE) 200 MCG/ML SOLUTION	5	BVD
ARMLUPEG	5	AP
eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 25 mg packet)	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
eltrombopag olamine (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
eltrombopag olamine 75 mg tab	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
EPOGEN (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION)	4	BVD
FULPHILA	5	BVD
FYLNETRA	5	AP
GRANIX (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	5	BVD
LEUKINE	5	AP
MULPLETA 3 MG TAB	5	AP, LC (7 cada 30 OVER TIME)
NEULASTA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
NEUPOGEN (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	5	AP
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	5	AP
RELEUKO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	5	AP
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	5	AP
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	AP
ZIEXTENZO	5	AP
HEMOSTASIS AGENTS		
tranexamic acid 650 mg tab	3	LC (30 cada 30 dia(s))
PLATELET MODIFYING AGENTS		
aspirin-dipyridamole er	2	LC (60 cada 30 dia(s))
CABLIVI	5	AP, LC (31 cada 30 dia(s))
cilostazol (50 mg tab, 100 mg tab)	2	
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	1	LC (30 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
prasugrel hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
TAVALISSE (100 MG TAB, 150 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)	2	LC (60 cada 30 dia(s))

CARDIOVASCULAR AGENTS

ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS

droxidopa (200 mg cap, 300 mg cap)	4	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
droxidopa 100 mg cap	3	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	2	

ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS

phenoxybenzamine hcl	5	AP, LC (3600 cada 30 dia(s))
terazosin hcl 10 mg cap	1	LC (60 cada 30 dia(s))

ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS

candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)	1	
irbesartan (75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)	1	
losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	
olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	1	
valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab)	1	

ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS

benazepril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
captopril (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	
enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	1	
moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 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	
trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	1	
ANTIARRHYTHMICS		
amiodarone hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)	1	
digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)	2	
DIGOXIN (DIGOXIN, DIGOXIN 0.05 MG/ML SOLUTION)	2	
digoxin 62.5 mcg tab	3	
dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)	2	
flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	2	
mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)	3	
MULTAQ	3	
pacerone 100 mg tab	2	
pacerone 200 mg tab	3	
propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)	2	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
propafenone hcl er (er 225 mg cap er, er 325 mg cap er, er 425 mg cap er)	2	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	2	NM
sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)	3	
sotalol hcl (af) (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)	3	
sotalol hcl 80 mg tab	3	
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)	2	
atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	2	
betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)	2	
BISOPROLOL FUMARATE (BISOPROLOL FUMARATE, BISOPROLOL FUMARATE 5 MG TAB, BISOPROLOL FUMARATE 10 MG TAB)	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	
nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	3	
nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 20 mg tab)	2	LC (90 cada 30 dia(s))
nebivolol hcl 10 mg tab	2	LC (120 cada 30 dia(s))
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	

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
propranolol hcl (propranolol hcl, propranolol hcl 20 mg/5ml solution)	2	
propranolol hcl er (er 60 mg cap er, er 80 mg cap er, er 120 mg cap er, er 160 mg cap er)	2	
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 besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	1	
cartia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er, 300 mg cap er)	2	
dilt-xr (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er)	2	
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	
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	

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	5	LC (1800 cada 30 dia(s))
nimodipine	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	
NYMALIZE	5	LC (1800 cada 30 dia(s))
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	
verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)	1	
verapamil hcl er (er 120 mg cap er 24h, er 120 mg tab er, er 180 mg cap er 24h, er 180 mg tab er, er 240 mg cap er 24h, er 240 mg tab er)	2	
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)	2	
acetazolamide er	2	
AMILORIDE-HYDROCHLOROTHIAZIDE	2	
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-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)	1	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)	1	
atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)	2	
benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)	2	
candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)	1	
EDARBYCLOR (40-12.5 MG TAB, 40-25 MG TAB)	4	
enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)	1	
ENTRESTO (6-6 MG CAP SPRINK, 15-16 MG CAP SPRINK)	3	LC (240 cada 30 dia(s))
FILSPARI (200 MG TAB, 400 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	1	
irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)	1	
ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	4	LC (60 cada 30 dia(s))
lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	1	
losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)	1	
metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	3	
metyrosine	5	AP
olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	
pentoxifylline er	2	
ranolazine er (er 500 mg tab er, er 1000 mg tab er)	2	LC (120 cada 30 dia(s))
sacubitril-valsartan (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
sacubitril-valsartan 24-26 mg tab	3	LC (180 cada 30 dia(s))
spironolactone-hctz	2	
TELMISARTAN-AMLODIPINE (40-10 MG TAB, 40-5 MG TAB, 80-10 MG TAB, 80-5 MG TAB)	1	
telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)	1	
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	
triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 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	
VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
DIURETICS		
amiloride hcl	2	
bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	1	
chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)	2	
ethacrynic acid	4	AP, LC (480 cada 30 dia(s))
furosemide (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	1	
furosemide 10 mg/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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION	2	
FUROSEMIDE 8 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	
torsemide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)	2	
triamterene (50 mg cap, 100 mg cap)	3	LC (90 cada 30 dia(s))
DYSLIPIDEMICS		
ALTOPREV (20 MG TAB ER 24H, 40 MG TAB ER 24H, 60 MG TAB ER 24H)	4	LC (30 cada 30 dia(s))
atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	1	
cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	2	
cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	2	LC (1195 cada 30 dia(s))
colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)	2	LC (180 cada 30 dia(s))
colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)	2	LC (900 cada 30 dia(s))
colestipol hcl 1 gm tab	2	LC (480 cada 30 dia(s))
ezetimibe	1	LC (30 cada 30 dia(s))
ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
fenofibrate (48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap, 134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap)	1	LC (60 cada 30 dia(s))
fenofibrate micronized (43 mg cap, 67 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap)	1	LC (60 cada 30 dia(s))
fenofibric acid (45 mg cap dr, 135 mg cap dr)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)	1	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
gemfibrozil	2	LC (60 cada 30 dia(s))
icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)	2	LC (120 cada 30 dia(s))
JUXTAPID (2 MG CAP, 5 MG CAP, 10 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
NEXLETOL	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
NEXLIZET	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
niacin er (antihyperlipidemic) (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er, er 1000 mg tab er)	2	LC (120 cada 30 dia(s))
omega-3-acid ethyl esters	2	LC (120 cada 30 dia(s))
pitavastatin calcium (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	1	TE
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	1	
prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	3	LC (1195 cada 30 dia(s))
REPATHA	3	AP, LC (3 cada 30 OVER TIME)
REPATHA SURECLICK	3	AP, LC (3 cada 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	
TRYNGOLZA (50 MG/0.8ML SOLN A-INJ, 80 MG/0.8ML SOLN A-INJ)	5	AP
MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS		
eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)	2	
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	4	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	2	
VASODILATORS		
hydralazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	
minoxidil (2.5 mg tab, 10 mg tab)	2	
nitro-bid	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	2	LC (30 cada 30 OVER TIME)
nitroglycerin 0.4 mg/spray solution	2	
NITROLINGUAL	3	
sildenafil citrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	2	LC (6 cada 30 dia(s)), PG, CB (72 / 365 dia(s)), EX

AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS

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	LC (60 cada 30 dia(s))
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	LC (60 cada 30 dia(s))
ATOMOXETINE HCL	2	LC (750 cada 30 dia(s))
atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
clonidine hcl er	1	LC (120 cada 30 dia(s))
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	LC (60 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
dextroamphetamine sulfate er (er 10 mg cap er, er 15 mg cap er)	3	LC (120 cada 30 dia(s))
dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap 24h	3	LC (60 cada 30 dia(s))
guanfacine hcl er (er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er, er 4 mg tab er)	2	
lisdexamfetamine dimesylate (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap, 70 mg cap)	3	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
methylphenidate (10 mg/9hr patch, 15 mg/9hr patch, 20 mg/9hr patch, 30 mg/9hr patch)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
methylphenidate hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	3	LC (90 cada 30 dia(s))
methylphenidate hcl 10 mg/5ml solution	3	LC (900 cada 30 dia(s))
methylphenidate hcl 5 mg/5ml solution	3	LC (1800 cada 30 dia(s))
WEGOVY (0.25 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 0.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	3	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)
WEGOVY (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB, 25 MG TAB)	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
WEGOVY (1.7 MG/0.75ML SOLN A-INJ, 2.4 MG/0.75ML SOLN A-INJ)	3	AP, LC (3 cada 28 OVER TIME)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER		
AUSTEDO (6 MG TAB, 9 MG TAB, 12 MG TAB)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
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	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR (6 MG TAB ER 24H, 12 MG TAB ER 24H)	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK	5	AP, LC (28 cada 180 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 6 & 12 & 24 MG TBER THPK	5	AP, LC (42 cada 180 OVER TIME)
PYRIDOSTIGMINE BROMIDE (PYRIDOSTIGMINE BROMIDE, PYRIDOSTIGMINE BROMIDE 60 MG TAB)	2	
pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution	3	
pyridostigmine bromide er	3	
riluzole	3	
tetrabenazine 12.5 mg tab	2	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
tetrabenazine 25 mg tab	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
dalfampridine er	2	LC (60 cada 30 dia(s))
dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
dimethyl fumarate starter pack	3	LC (60 cada 30 dia(s))
fingolimod hcl	3	LC (30 cada 30 dia(s))
glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr	5	LC (30 cada 30 dia(s))
glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr	5	LC (12 cada 28 OVER TIME)
glatopa 20 mg/ml soln prsyr	5	LC (30 cada 30 dia(s))
glatopa 40 mg/ml soln prsyr	5	LC (12 cada 28 OVER TIME)
teriflunomide (7 mg tab, 14 mg tab)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
DENTAL AND ORAL AGENTS		
chlorhexidine gluconate 0.12 % solution	2	
kourzeq	2	
lidocaine viscous hcl	3	
periogard	2	
pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	2	
triamcinolone acetonide 0.1 % paste	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
DERMATOLOGICAL AGENTS		
ACNE AND ROSACEA AGENTS		
accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	3	
acitretin (10 mg cap, 25 mg cap)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
acitretin 17.5 mg cap	2	
adapalene 0.1 % cream	2	
ALTRENO	4	LC (45 cada 30 OVER TIME)
amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	3	
amnesteem 30 mg cap	3	
azelaic acid	3	LC (50 cada 30 OVER TIME)
AZELEX	4	
benzoyl peroxide-erythromycin	3	
claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	3	
claravis 30 mg cap	3	
clindamycin phos-benzoyl perox (1-5 % gel, 1.2-2.5 % gel, 1.2-5 % gel)	2	
FINACEA 15 % FOAM	4	
isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	2	
isotretinoin 30 mg cap	2	
tazarotene 0.1 % cream	2	
tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % gel, 0.05 % gel)	3	
tretinoin (0.025 %, 0.05 %, 0.1 %)	2	AP
TRETINOIN MICROSPHERE (TRETINOIN MICROSPHERE 0.04 % GEL, TRETINOIN MICROSPHERE 0.04 % GEL, TRETINOIN MICROSPHERE 0.1 % GEL, TRETINOIN MICROSPHERE 0.1 % GEL)	4	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TRETINOIN MICROSPHERE PUMP (PUMP 0.04 % GEL, PUMP 0.1 % GEL)	4	
zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	3	
zenatane 30 mg cap	3	
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
ADBRY (150 MG/ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ)	5	AP, LC (6 cada 28 OVER TIME)
alclometasone dipropionate (alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment, alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment)	3	
ammonium lactate 12 % cream	2	
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	
betamethasone valerate (betamethasone valerate, betamethasone valerate 0.1 % cream, betamethasone valerate 0.1 % ointment)	3	
betamethasone valerate 0.1 % lotion	2	
clobetasol prop emollient base	2	
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	LC (125 cada 14 OVER TIME)
clobetasol propionate e	2	
desonide (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	3	
desoximetasone (0.25 % cream, 0.25 % ointment)	4	
EUCRISA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
fluocinolone acetonide 0.01 % 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
fluocinolone acetonide 0.025 % ointment	3	
fluocinolone acetonide scalp	3	
fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)	3	
fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)	2	
halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	2	
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), hydrocortisone (perianal))	2	
mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)	2	
pimecrolimus	2	TE
procto-med hc	2	
proctosol hc	2	
proctozone-hc	2	
tacrolimus (0.03 %, 0.1 %)	2	LC (100 cada 30 OVER TIME)
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	2	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CALCIPOTRIENE (CALCIPOTRIENE 0.005 % SOLUTION, CALCIPOTRIENE 0.005 % SOLUTION)	3	
calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % ointment	4	
calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % suspension	3	
CALCITRIOL	3	
ENSTILAR	5	
FLUOROURACIL (FLUOROURACIL 5 % CREAM, FLUOROURACIL 2 % SOLUTION, FLUOROURACIL 5 % SOLUTION)	3	
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE 1-1 % CREAM	2	
imiquimod 5 % cream	3	
METHOXSALEN RAPID	5	
PODOFILOX	2	
SANTYL	4	
silver sulfadiazine	2	
ssd	2	
VALCHLOR	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
VTAMA	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
ciclopirox 8 % solution	3	NM
ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)	3	
CLEOCIN 100 MG SUPPOS	4	
clindamycin phos (once-daily)	3	
clindamycin phos (twice-daily)	3	
clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % swab, 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
clindamycin phosphate 1 % solution	3	
dapsone 5 % gel	3	
ERY	2	
ERYTHROMYCIN (ERYTHROMYCIN 2 % GEL, ERYTHROMYCIN 2 % GEL, ERYTHROMYCIN 2 % SOLUTION)	2	
gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)	3	
ivermectin 1 % cream	2	LC (45 cada 30 OVER TIME)
metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % gel)	2	
metronidazole 1 % gel	2	LC (60 cada 30 dia(s))
mupirocin	2	
mupirocin calcium	3	
naftifine hcl 2 % cream	3	
permethrin	3	
SPINOSAD	4	
sulfacetamide sodium (acne)	3	
VANDAZOLE	3	

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINAS

ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT

ALTRIXA OB	2	
ATABEX EC	2	
AZENTRA	3	
AZESCO	2	
C-NATE DHA	2	
CITRANATAL 90 DHA	2	
CITRANATAL ASSURE	2	
CITRANATAL B-CALM	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CITRANATAL DHA	2	
CITRANATAL HARMONY	2	
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5)	3	BVD
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10)	3	BVD
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5)	3	BVD
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15)	3	BVD
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20)	3	BVD
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	3	BVD
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	3	BVD
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	3	BVD
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	3	BVD
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)	3	
clinisol sf	2	BVD
CO-NATAL FA	2	
COMPLETE NATAL DHA	2	
COMPLETENATE	3	
cyanocobalamin 1000 mcg/ml solution	2	PG, EX
DERMACINRX PNV PRENATOL	3	
DERMACINRX PRETRATE	2	
dextrose (dextrose 10 % solution, dextrose 10 % solution)	2	BVD
DEXTROSE-NACL	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
dextrose-sodium chloride (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 5-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution)	2	BVD
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE (DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE 5-0.225 % SOLUTION, DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE 5-0.45 % SOLUTION, DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE 5-0.9 % SOLUTION)	2	
DUET DHA 400	2	
DUET DHA BALANCED	2	
EMBRIVA	2	
ergocalciferol 1.25 mg (50000 ut) cap	2	PG, EX
FOLATEXCEL	2	
folic acid 1 mg tab	2	PG, EX
GESTYRA	2	
INATAL GT	2	
ISOLYTE-P IN D5W	3	BVD
ISOLYTE-S PH 7.4	3	BVD
kcl in dextrose-nacl (in 10-5-0.45 meq/l-%-%, in 20-5-0.45 meq/l-%-%, in 40-5-0.45 meq/l-%-%)	2	BVD

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
KCL IN DEXTROSE-NACL (KCL IN DEXTROSE-NACL 20-5-0.2 MEQ/L-%-% SOLUTION, KCL IN DEXTROSE-NACL 30-5-0.45 MEQ/L-%-% SOLUTION, KCL IN DEXTROSE-NACL 20-5-0.225 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 40-5-0.9 MEQ/L-%-% SOLUTION, KCL IN DEXTROSE-NACL 10-5-0.45 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 40-5-0.45 MEQ/L-%-% SOLUTION)	2	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	2	
klor-con (klor-con, klor-con 8 meq tab er, klor-con 20 meq packet)	3	
klor-con 10 (klor-con 10, klor-con 10)	3	
klor-con m10	3	
klor-con m15	3	
klor-con m20	3	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON	2	
kp folic acid 1 mg tab	2	PG
M-NATAL PLUS	3	
magnesium sulfate (magnesium sulfate 50 % solution, magnesium sulfate 50 % solution)	2	BVD
MATERNACEL	2	
MATERVIA	2	
MATRIAPRO	3	
MATRONEX	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
MULTI-MAC	2	
MULTIPLE ELECTRO TYPE 1 PH 5.5	3	
multiple electro type 1 ph 7.4	3	BVD
nafrinse	2	
NATACHEW	2	
NATAL PNV	2	
NATALCHEW	3	
NATALCORE	3	
NATALVIT	2	
NEO-VITAL RX	2	
NEOMATERNA	2	
NEONATAL + DHA	2	
NEONATAL COMPLETE 27-1 MG TAB	3	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TAB	2	
NEONATAL PLUS	3	
NESTABS	2	
NESTABS DHA	2	
NIVA-PLUS	3	
NOVYRA	2	
NUTRILIPID	3	BVD
OB COMPLETE ONE	2	
OB COMPLETE PETITE	2	
OB COMPLETE PREMIER	2	
OB COMPLETE/DHA	2	
OBSTETRIX DHA	3	
OBSTETRIX EC (WITH DOCUSATE)	2	
ONE VITE WOMENS PLUS	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ONENATAL RX	2	
PLASMA-LYTE 148	3	
PLASMA-LYTE A	3	BVD
plenamine	2	BVD
PNV 27-CA/FE/FA	3	
PNV PRENATAL PLUS MULTIVIT+DHA	2	
PNV TABS 20-1	2	
PNV-DHA+DOCUSATE	2	
PNV-SELECT	2	
potassium chloride (10 %, 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%))	2	
POTASSIUM CHLORIDE (POTASSIUM CHLORIDE 20 MEQ/100ML SOLUTION, POTASSIUM CHLORIDE 20 MEQ/100ML SOLUTION, POTASSIUM CHLORIDE 10 MEQ/100ML SOLUTION, POTASSIUM CHLORIDE 10 MEQ/100ML SOLUTION)	3	BVD
POTASSIUM CHLORIDE (POTASSIUM CHLORIDE 40 MEQ/100ML SOLUTION, POTASSIUM CHLORIDE 40 MEQ/100ML SOLUTION)	3	
potassium chloride 2 meq/ml solution	2	BVD
potassium chloride 20 meq packet	3	
potassium chloride crys er (er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	2	
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	BVD
potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)	2	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	2	
PREGEN DHA	2	
PREGENNA	2	
PREMASOL	3	BVD
PRENA 1 TRUE	2	
PRENA1	2	
PRENA1 PEARL	2	
PRENACORE	3	
PRENAISSANCE	2	
PRENAISSANCE PLUS	2	
PRENATABS FA	2	
PRENATAL 19 (19 CHEW TAB, 19 29-1 MG CHEW TAB, 19 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PRENATAL 27-1 MG TAB	3	
PRENATAL PLUS	3	
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL	3	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON	3	
PRENATE DHA	2	
PRENATE ELITE	2	
PRENATE ENHANCE	2	
PRENATE MINI	2	
PRENATE PIXIE	2	
PRENATE RESTORE	2	
PRENATRIX	3	
PRENATRYL	3	
PRENATVITE COMPLETE	2	
PRENATVITE PLUS	2	
PRENATVITE RX	2	
PRENOVA	2	
PRENYRA	2	
PRIMACARE	2	
PROSOL	3	BVD
PROVIDA OB	2	
RELEVIA	3	
SE-NATAL 19 29-1 MG CHEW TAB	3	
SE-NATAL 19 29-1 MG TAB	2	
SELECT-OB (29-0.6-0.4 MG CHEW TAB, 29-1 MG CHEW TAB)	2	
SELECT-OB+DHA	2	
sodium chloride (0.45 %, 3 %, 5 %)	2	BVD
sodium chloride (pf)	2	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SODIUM CHLORIDE 0.9 % SOLUTION	2	BVD
sodium chloride 0.9 % solution	2	BVD
SODIUM FLUORIDE (SODIUM FLUORIDE 0.55 (0.25 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 0.55 (0.25 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 1.1 (0.5 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 1.1 (0.5 F) MG TAB, SODIUM FLUORIDE 2.2 (1 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 1.1 (0.5 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 2.2 (1 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 2.2 (1 F) MG TAB)	2	
THRIVITE RX	2	
TPN ELECTROLYTES	2	BVD
TRAVASOL	3	BVD
TRICARE	3	
TRINATAL RX 1	2	
TRINATE	2	
TRISTART DHA	2	
TROPHAMINE	3	BVD
true folic acid 1 mg tab	2	PG
VINATE II	2	
VINATE ONE	2	
VIRT-NATE DHA	2	
VITAFOL FE+	2	
VITAFOL GUMMIES	2	
VITAFOL ULTRA	2	
VITAFOL-NANO	3	
VITAFOL-OB	2	
VITAFOL-OB+DHA	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VITAFOL-ONE	2	
VITALARA	2	
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC	2	
VITAMEDMD REDICHEW RX	2	
vitamin d (ergocalciferol) (1.25 mg (50000 ut) cap, 50000 unit cap)	2	PG, EX
VITAPEARL	2	
VITATHELY WITH GINGER	3	
VITATRUE	2	
VIVA DHA	2	
WESNATAL DHA COMPLETE	2	
WESNATE DHA	2	
WESTAB PLUS	3	
WESTGEL DHA	2	
ZALVIT	2	
ZIPHEX	2	
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
CHEMET	4	
deferasirox (90 mg packet, 180 mg packet, 360 mg packet)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
deferasirox 125 mg tab sol	4	AP, LC (720 cada 30 dia(s))
deferasirox 180 mg tab	5	AP, LC (450 cada 30 dia(s))
deferasirox 250 mg tab sol	5	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
deferasirox 360 mg tab	3	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
deferasirox 500 mg tab sol	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
deferasirox 90 mg tab	3	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
deferasirox granules (90 mg packet, 180 mg packet, 360 mg packet)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
deferiprone (500 mg tab, 1000 mg tab)	5	
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	5	LC (2970 cada 30 dia(s))
penicillamine 250 mg tab	5	AP
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	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
tolvaptan (15 mg tab, 30 mg tab)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
tolvaptan (hyponatremia) (15 mg tab, 30 mg tab)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
trientine hcl (trientine hcl, trientine hcl)	5	AP
PHOSPHATE BINDERS		
calcium acetate	3	
calcium acetate (phos binder) (667 mg cap, 667 mg tab)	3	
lanthanum carbonate (500 mg chew tab, 750 mg chew tab, 1000 mg chew tab)	4	
sevelamer carbonate 800 mg tab	2	
sevelamer hcl (400 mg tab, 800 mg tab)	2	
VELPHORO	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
POTASSIUM BINDERS		
kionex	2	
LOKELMA 10 GM PACKET	3	LC (90 cada 30 dia(s))
LOKELMA 5 GM PACKET	3	LC (30 cada 30 dia(s))
sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml suspension	3	
sodium polystyrene sulfonate powder	3	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)	3	
sps (sodium polystyrene sulf)	2	
VELTASSA (8.4 GM PACKET, 16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET)	4	AP, LC (30 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VELTASSA 1 GM PACKET	4	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
GASTROINTESTINAL AGENTS		
ANTI-CONSTIPATION AGENTS		
constulose	2	
enulose	2	
generlac	3	
kristalose 10 gm packet	2	
lactulose (10 gm packet, 10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)	2	
lactulose 20 gm packet	2	
lactulose encephalopathy	2	
LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
prucalopride succinate (1 mg tab, 2 mg tab)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
SYMPROIC	3	LC (30 cada 30 dia(s))
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
alosetron hcl 0.5 mg tab	3	LC (60 cada 30 dia(s))
alosetron hcl 1 mg tab	4	LC (60 cada 30 dia(s))
diphenoxylate-atropine	3	
loperamide hcl 2 mg cap	3	
XERMELO	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)	2	
dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution	2	
glycopyrrolate (1 mg tab, 2 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
glycopyrrolate 1 mg/5ml solution	3	
methscopolamine bromide 2.5 mg tab	2	
methscopolamine bromide 5 mg tab	2	
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER		
bis subcit-metronid-tetracyc	4	LC (120 cada 30 OVER TIME), NM
bismuth/metronidaz/tetracyclin	4	LC (120 cada 30 OVER TIME), NM
CHENODAL	5	
CLENPIQ 10-3.5-12 MG-GM - GM/175ML SOLUTION	3	
GATTEX	5	AP
GAVILYTE-C	2	
gavilyte-g	2	
gavilyte-n with flavor pack	2	
GENOTROPIN (5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE)	5	AP
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	AP
GENOTROPIN MINIQUICK 0.2 MG PRSYR	4	AP
misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)	2	
na sulfate-k sulfate-mg sulf	2	
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN, 10 MG/1.5ML SOLN CART)	5	AP
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	2	
peg-3350/electrolytes	2	
peg-3350/electrolytes/ascorbat	2	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c	2	
REZDIFFRA (60 MG TAB, 80 MG TAB, 100 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
sucralfate 1 gm tab	2	
sucralfate 1 gm/10ml suspension	3	
SUFLAVE	3	
SUPREP BOWEL PREP KIT	3	
SUTAB	3	
ursodiol (250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab)	2	
VOWST	5	TE, LC (12 cada 180 OVER TIME), NM

HISTAMINE-2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS

cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)	2	
famotidine 20 mg tab	2	
famotidine 40 mg tab	2	
famotidine 40 mg/5ml recon susp	3	
nizatidine (nizatidine, nizatidine 300 mg cap)	2	

PROTON PUMP INHIBITORS

esomeprazole magnesium (20 mg cap dr, 40 mg cap dr)	2	
lansoprazole (15 mg cap dr, 30 mg cap dr)	2	
omeprazole (10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr)	2	
pantoprazole sodium (20 mg tab dr, 40 mg tab dr)	2	
rabeprazole sodium	3	LC (60 cada 30 dia(s))

GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT

AQNEURSA	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ATTRUBY	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
betaine	5	
carglumic acid	5	AP
CHOLBAM (50 MG CAP, 250 MG CAP)	5	AP, AL, LC (120 cada 30 dia(s))
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	
cromolyn sodium 100 mg/5ml conc	3	
CYSTAGON (50 MG CAP, 150 MG CAP)	4	AP
dichlorphenamide	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
l-glutamine 5 gm packet	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
MYALEPT	5	AP, LC (67.8 cada 30 dia(s))
nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 20 mg cap)	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
ORFADIN 4 MG/ML SUSPENSION	5	AP, LC (1500 cada 30 dia(s))
PALYNZIQ (2.5 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 10 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 20 MG/ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
PROLASTIN-C	5	AP
PYRUKYND (5 MG TAB, 20 MG TAB, 50 MG TAB)	5	AP, LC (56 cada 28 dia(s))
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	AP, LC (56 cada 28 dia(s))
REVCOVI	5	AP
sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)	5	AP
sodium phenylbutyrate 3 gm/tsp powder	5	

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	

GENITOURINARY AGENTS

GENITOURINARY AGENTS, OTHER

alfuzosin hcl er	2	LC (30 cada 30 dia(s))
bethanechol chloride (5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	2	
darifenacin hydrobromide er (er 7.5 mg tab er, er 15 mg tab er)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
dutasteride	2	LC (30 cada 30 dia(s))
dutasteride-tamsulosin hcl	3	LC (30 cada 30 dia(s))
ELMIRON	4	
fesoterodine fumarate er (er 4 mg tab er, er 8 mg tab er)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
finasteride 5 mg tab	1	LC (30 cada 30 dia(s))
flavoxate hcl	2	
INTRAROSA	4	LC (30 cada 30 dia(s))
mirabegron er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
mirabegron er 8 mg/ml sr	2	LC (300 cada 30 dia(s))
oxybutynin chloride 5 mg tab	2	LC (120 cada 30 dia(s))
oxybutynin chloride 5 mg/5ml solution	2	LC (473 cada 23 dia(s))
oxybutynin chloride er (er 5 mg tab er, er 10 mg tab er, er 15 mg tab er)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
PHEXX	4	
silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)	2	LC (30 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
solifenacin succinate (5 mg tab, 10 mg tab)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
tadalafil 5 mg tab	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
tamsulosin hcl	1	LC (60 cada 30 dia(s))
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
tolterodine tartrate er (er 2 mg cap er, er 4 mg cap er)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
trospium chloride	2	LC (60 cada 30 dia(s))
trospium chloride er	3	LC (30 cada 30 dia(s))

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

budesonide 3 mg cp dr part	3	
budesonide er	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
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	2	
HEMADY 20 MG TAB	4	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	2	
hydrocortisone 100 mg/60ml enema	3	
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	2	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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 25 mg/5ml solution, 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	2	
TARPEYO	5	AP, AL, LC (120 cada 30 dia(s))

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

desmopressin ace spray refrig	3	
desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)	3	
INCRELEX	5	AP

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)

ANDROGENS

danazol (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)	3	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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)	2	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
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)	2	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
testosterone cypionate (100 mg/ml, 200 mg/ml)	2	AP
TESTOSTERONE ENANTHATE	3	AP, LC (10 cada 28 OVER TIME)
ESTROGENS		
abigale	3	
abigale lo	2	
amabelz 0.5-0.1 mg tab	3	
apri	2	
ARANELLE	2	
aviane	2	
azurette	2	
balziva	2	
blisovi fe 1.5/30	2	
briellyn	2	
cryselle	2	
cryselle-28	2	
DEPO-ESTRADIOL	4	
desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	2	
dolishale	2	
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	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	3	LC (1 cada 28 OVER TIME)
enilloring	3	LC (1 cada 28 OVER TIME)
estarylla	2	
estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.025 mg/24hr patch wk)	2	
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, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	2	
estradiol 0.01 % cream	2	LC (127.5 cada 30 OVER TIME)
estradiol 10 mcg tab	2	LC (30 cada 30 dia(s))
estradiol-norethindrone acet (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)	2	
estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)	2	
etonogestrel-ethinyl estradiol	2	LC (1 cada 28 OVER TIME)
feirza 1.5/30	2	
feirza 1/20	2	
FEMRING (0.05 MG/24HR RING, 0.1 MG/24HR RING)	4	TE, LC (1 cada 90 OVER TIME)
fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)	3	
hailey 24 fe	2	
hailey fe 1/20	2	
iclevia	2	LC (91 cada 91 dia(s))
introvale	2	LC (91 cada 91 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
jaimiess	2	
jasmiel	2	
jinteli	3	
junel 1.5/30	2	
junel 1/20	2	
junel fe 1.5/30	2	
junel fe 1/20	2	
junel fe 24	2	
kariva	2	
kelnor 1/35	2	
lessina	2	
levonest	2	
levonorg-eth estrad triphasic	2	
levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 &0.01 mg tab	2	
levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 mg tab	2	LC (91 cada 91 dia(s))
levonorgestrel-ethinyl estrad 90-20 mcg tab	2	
levora 0.15/30 (28)	2	
LO LOESTRIN FE	4	
loestrin 1.5/30 (21)	4	
loestrin 1/20 (21)	4	
loestrin fe 1.5/30	4	
loestrin fe 1/20	4	
loryna	2	
luizza 1.5/30	2	
luizza 1/20	2	
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	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
lyllana 0.025 mg/24hr patch tw	3	
marlissa	2	
merzee	2	
microgestin 1.5/30	2	
microgestin 1/20	2	
microgestin fe 1.5/30	2	
microgestin fe 1/20	2	
mili	2	
mimvey	3	
MYFEMBREE	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
necon 0.5/35 (28)	2	
norelgestromin-eth estradiol	2	LC (4 cada 28 OVER TIME)
norethin ace-eth estrad-fe 1-20 mg-mcg tab	2	
norethindron-ethinyl estrad-fe	2	
norethindrone acet-ethinyl est 1-20 mg-mcg 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	2	
nortrel 0.5/35 (28)	2	
nortrel 1/35 (21)	2	
nortrel 1/35 (28)	2	
nortrel 7/7/7	2	
nylia 1/35	2	
nylia 7/7/7	2	
ORILISSA 150 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ORILISSA 200 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
portia-28	2	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	3	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
PREMPHASE	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	
reclipsen	2	
SAFYRAL	4	
sprintec 28	2	
sronyx	2	
tarina 24 fe	2	
tilia fe	2	
tri-estarylla	2	
tri-legest fe	2	
tri-lo-estarylla	2	
tri-lo-sprintec	2	
tri-sprintec	2	
tri-vylibra lo	2	
turqoz	2	
tydemy	4	
valtya 1/35	2	
VALTYA 1/50	2	
VELIVET	2	
vestura	2	
vienva	2	
viorele	2	
vylibra	2	
xarah fe	2	
xulane	2	LC (4 cada 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
yuvafem	3	LC (30 cada 30 dia(s))
zovia 1/35 (28)	2	
PROGESTINS		
camila	2	
CRINONE 4 % GEL	4	AP
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	LC (1 cada 90 OVER TIME)
errin	2	
gallifrey	2	
heather	2	
LILETTA (52 MG)	3	LC (1 cada 365 OVER TIME), BVD
lyleq	2	
medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)	2	LC (1 cada 90 OVER TIME)
medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	2	
MEGESTROL ACETATE	3	
megestrol acetate 625 mg/5ml suspension	4	
meleya	2	
NEXPLANON	3	LC (1 cada 365 OVER TIME)
norethindrone	2	
norethindrone acetate	2	
ORIAHNN	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
orquidea	2	
progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)	3	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
DUAVEE	3	LC (30 cada 30 dia(s))
OSPHENA	4	LC (30 cada 30 dia(s))
raloxifene hcl	2	LC (30 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
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	
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	
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	
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
cabergoline	2	
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 7.5 MG KIT	5	BVD
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 11.25 MG (PED) KIT	5	BVD
octreotide acetate (50 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml)	3	AP

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
octreotide acetate (500 mcg/ml, 1000 mcg/ml)	5	AP
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
SOMAVERT (15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
SOMAVERT (25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
SOMAVERT 10 MG RECON SOLN	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
SYNAREL	4	AP
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)		
ANTITHYROID AGENTS		
methimazole (5 mg tab, 10 mg tab)	1	
propylthiouracil	2	
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
ANGIOEDEMA AGENTS		
HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN)	5	AP, LC (16 cada 28 OVER TIME)
icatibant acetate	5	AP, LC (18 cada 30 OVER TIME)
IMMUNOGLOBULINS		
aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
BIVIGAM (5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION)	5	AP
clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)	2	
clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)	1	
doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	2	LC (60 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
GAMMAGARD (1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 30 GM/300ML SOLUTION)	5	AP
GAMMAGARD S/D LESS IGA (5 GM RECON SOLN, 10 GM RECON SOLN)	5	AP
GAMMAKED 1 GM/10ML SOLUTION	5	AP
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	AP
GAMUNEX-C 1 GM/10ML SOLUTION	5	AP
OCTAGAM (1 GM/20ML SOLUTION, 2.5 GM/50ML SOLUTION, 5 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 25 GM/500ML SOLUTION)	4	AP
OCTAGAM (2 GM/20ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION)	5	AP
OCTAGAM 30 GM/300ML SOLUTION	5	AP
prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	2	
PRIVIGEN (5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION)	5	AP
terazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	1	LC (60 cada 30 dia(s))
IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER		
AMJEVITA (40 MG/0.4ML SOLN A-INJ, 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (3.2 cada 28 OVER TIME)
AMJEVITA 20 MG/0.2ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (0.8 cada 28 OVER TIME)
AMJEVITA 80 MG/0.8ML SOLN A-INJ	5	AP, LC (2.4 cada 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ARCALYST	5	AP
AURANOFIN	5	
AVTOZMA 162 MG/0.9ML SOLN A-INJ	5	AP, LC (3.6 cada 28 OVER TIME)
AVTOZMA 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (3.6 cada 28 dia(s))
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	5	AP
COSENTYX (300 MG DOSE)	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
COSENTYX 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
COSENTYX 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (2 cada 28 dia(s))
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
COSENTYX SENSOREADY PEN	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
COSENTYX UNOREADY	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
DUPIXENT (200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (3.42 cada 28 OVER TIME)
DUPIXENT 300 MG/2ML SOLN A-INJ	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
DUPIXENT 300 MG/2ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
ENBREL (25 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MG/0.5ML SOLUTION)	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME)
ENBREL 50 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
ENBREL SURECLICK	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
ENSPRYNG	5	AP, LC (5 cada 84 OVER TIME)
ENTYVIO PEN	5	AP, LC (1.36 cada 28 OVER TIME)
FASENRA 10 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (0.5 cada 28 OVER TIME)
FASENRA 30 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (2 cada 56 OVER TIME)
FASENRA PEN	5	AP, LC (2 cada 56 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
HADLIMA (40 MG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
HADLIMA PUSHTOUCH (40 MG/0.4ML SOLN A-INJ, 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ)	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
KINERET	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
OMVOH (100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR, 200 MG/2ML SOLN A-INJ, 200 MG/2ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)
OMVOH (300 MG DOSE) (MG 100 MG/ML 200 MG/2ML SOLN A-INJ, MG 100 MG/ML 200 MG/2ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (3 cada 28 OVER TIME)
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
OTEZLA (4 X 10 51 X20 MG TAB THPK, 10 20 30 MG TAB THPK)	5	AP, LC (55 cada 180 OVER TIME)
OTEZLA XR	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK	5	AP, LC (41 cada 180 OVER TIME)
PYZCHIVA (45 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	3	AP, LC (3 cada 84 OVER TIME)
PYZCHIVA (90 MG/ML SOLN A-INJ, 90 MG/ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (3 cada 84 OVER TIME)
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	5	AP, LC (84 cada 180 OVER TIME)
RINVOQ LQ	5	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
SELARSDI 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	3	AP, LC (3 cada 84 OVER TIME)
SELARSDI 45 MG/0.5ML SOLUTION	3	AP, LC (3 cada 84 OVER TIME)
SELARSDI 90 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (3 cada 84 OVER TIME)
TAVNEOS	5	AP, AL, LC (180 cada 30 dia(s))
tofacitinib citrate (5 mg tab, 10 mg tab)	2	LC (60 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
tofacitinib citrate 1 mg/ml solution	2	LC (300 cada 30 dia(s))
tofacitinib citrate er (er 11 mg tab er, er 22 mg tab er)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (3.6 cada 28 OVER TIME)
USTEKINUMAB (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	5	AP, LC (2 cada 84 OVER TIME)
USTEKINUMAB 90 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (3 cada 84 OVER TIME)
VELSIPITY	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
XOLAIR (150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
XOLAIR 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME)
ZYMFENTRA (1 PEN)	5	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)
ZYMFENTRA (2 PEN)	5	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)
ZYMFENTRA (2 SYRINGE)	5	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)
IMMUNOSUPPRESSANTS		
azathioprine (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	2	BVD
cyclosporine 100 mg cap	2	BVD
cyclosporine 25 mg cap	2	BVD
cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution)	3	BVD
cyclosporine modified 25 mg cap	3	BVD
cyclosporine modified 50 mg cap	3	BVD
ENBREL MINI	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
everolimus (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), BVD
everolimus 0.25 mg tab	3	LC (120 cada 30 dia(s)), BVD
gengraf 100 mg cap	3	BVD
gengraf 25 mg cap	3	BVD
leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)	2	
LUPKYNIS	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)	2	BVD
mycophenolate mofetil 200 mg/ml recon susp	3	BVD
mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	3	BVD
mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	3	BVD
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	4	BVD
RASUVO 10 MG/0.2ML SOLN A-INJ	3	LC (0.8 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 12.5 MG/0.25ML SOLN A-INJ	3	LC (1 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 15 MG/0.3ML SOLN A-INJ	3	LC (1.2 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 17.5 MG/0.35ML SOLN A-INJ	3	LC (1.4 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 20 MG/0.4ML SOLN A-INJ	3	LC (1.6 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 22.5 MG/0.45ML SOLN A-INJ	3	LC (1.8 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 25 MG/0.5ML SOLN A-INJ	3	LC (2 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 30 MG/0.6ML SOLN A-INJ	3	LC (2.4 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 7.5 MG/0.15ML SOLN A-INJ	3	LC (0.6 cada 28 OVER TIME)
sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	2	BVD
sirolimus 1 mg/ml solution	2	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	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VACCINES		
ABRYSVO	3	LC (1 cada 999 OVER TIME), $0
ACTHIB	3	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	3	$0
AREXVY	3	LC (1 cada 999 OVER TIME), $0
BCG VACCINE	3	$0
BEXSERO	3	$0
BOOSTRIX 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR	3	$0
DAPTACEL	3	$0
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	3	BVD, $0
GARDASIL 9 (9 SUSPENSION, 9 0.5 ML SUSP PRSYR)	3	$0
HAVRIX (720 U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 U/0.5ML SUSPENSION, 1440 U/ML SUSP PRSYR)	3	$0
HEPLISAV-B	3	BVD, $0
HIBERIX	3	
IMOVAX RABIES	3	$0
INFANRIX	3	$0
IPOL	3	$0
IXIARO	3	$0
JYNNEOS	3	$0
KINRIX	3	$0
M-M-R II	3	$0
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	3	$0

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
MENVEO RECONSOLN	3	$0
MENVEO SOLUTION	3	$0
MRESVIA	3	LC (1 cada 999 OVER TIME), $0
PEDIARIX	3	
PEDVAXHIB	3	
PENBRAYA	3	$0
PENMENVY	3	$0
PENTACEL	3	
PRIORIX	3	$0
PROQUAD	3	$0
QUADRACEL 0.5 ML SUSP PRSYR	3	$0
QUADRACEL SUSPENSION	3	
RABAVERT	3	$0
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
ROTARIX SUSPENSION	3	$0
ROTATEQ	3	$0
SHINGRIX (50 MCG/0.5ML RECON SUSP, 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR)	3	$0
TENIVAC	3	$0
TICOVAC (1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR, 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR)	3	$0
TRUMENBA	3	$0
TWINRIX	3	BVD, $0
TYPHIM VI 25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	3	$0

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION, 50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	3	$0
VARIVAX	3	$0
VAXCHORA	3	AP, $0
VIMKUNYA	3	AP, $0
VIVOTIF	3	AP, LC (4 cada 999 OVER TIME), $0
YF-VAX	3	$0

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

AMINOSALICYLATES AND/OR PRODRUGS

balsalazide disodium	2	
DIPENTUM	4	
mesalamine 1.2 gm tab dr	2	LC (120 cada 30 dia(s))
mesalamine 4 gm enema	3	
mesalamine er 0.375 gm cap 24h	2	LC (120 cada 30 dia(s))
ROWASA	4	
sulfasalazine 500 mg tab	2	NM
sulfasalazine 500 mg tab dr	4	NM

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)	1	
alendronate sodium 10 mg tab	1	
BILDYOS	4	BVD
BILPREVDA	5	BVD
calcitonin (salmon) 200 unit/act solution	2	
calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)	3	
calcitriol 1 mcg/ml solution	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	2	LC (120 cada 30 dia(s))
DOXERCALCIFEROL (DOXERCALCIFEROL 1 MCG CAP, DOXERCALCIFEROL 2.5 MCG CAP, DOXERCALCIFEROL 0.5 MCG CAP, DOXERCALCIFEROL 1 MCG CAP, DOXERCALCIFEROL 2.5 MCG CAP, DOXERCALCIFEROL 0.5 MCG CAP)	2	
EVENITY	5	AP, LC (2.4 cada 30 OVER TIME)
ibandronate sodium 150 mg tab	2	LC (1 cada 28 OVER TIME)
JUBBONTI	4	BVD
paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap)	2	
risedronate sodium 150 mg tab	2	LC (1 cada 28 OVER TIME)
risedronate sodium 30 mg tab	3	LC (30 cada 30 dia(s))
risedronate sodium 35 mg tab	2	LC (4 cada 28 OVER TIME)
risedronate sodium 35 mg tab	3	LC (4 cada 28 OVER TIME)
risedronate sodium 5 mg tab	2	LC (30 cada 30 dia(s))
TERIPARATIDE	5	AP
teriparatide	5	AP
TYMLOS	5	AP, LC (1.56 cada 30 OVER TIME)
WYOST	5	BVD

AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

1ST TIER UNIFINE PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC, 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ABOUTTIME PEN NEEDLE (PEN 30G 8 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ADVOCATE ALCOHOL PREP PADS	2	
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ADVOCATE INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ADVOCATE INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ALCOH-GLOVE CONTOURED WIPE	2	
ALCOHOL PADS	2	
ALCOHOL PREP (70 % PAD, PAD)	2	
ALCOHOL PREP PADS	2	
ALCOHOL SWABS (70 % PAD, PAD)	2	
ALCOHOL SWABSTICK	2	
alcohol wipes	2	
ALLERGY SYRINGE 27G X 3/8" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s)), NM, EX
AQ INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AQ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AQINJECT PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES	2	
AUM ALCOHOL PREP PADS	2	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC, PEN 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AUM PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC, PEN 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AUM PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC, PEN 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AUM SAFETY PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AURORA PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AURORA UNIFINE PENTIPS (31G 5 MISC, 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE (PEN 5 MISC, PEN 8 MISC)	2	
BAND-AID GAUZE SMALL	2	LC (100 cada 30 dia(s))
BD ALLERGY SYRINGE 27G X 3/8" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s)), NM, EX
BD AUTOSHIELD DUO	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II (5/16" 0.3 ML MISC, 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
BD INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE (27G 5/8" 1 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 28G X 1/2" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD INSULIN SYRINGE U-500	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD INSULIN SYRINGE U/F	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 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)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE 27G X 3/8" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s)), NM, EX

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
BD SWAB SINGLE USE REGULAR	2	
BD TB SYRINGE 27G X 3/8" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s)), NM, EX
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE (15/64" 0.3 ML MISC, 15/64" 0.5 ML MISC, 15/64" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CAREFINE PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CAREONE INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CAREONE UNIFINE PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CARETOUCH ALCOHOL PREP	2	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CARETOUCH INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CARETOUCH PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CARETOUCH PEN NEEDLES 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29GX12MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS	2	
CLICKFINE PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 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)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT EZ PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC, PEN 32G 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
COMFORT EZ PEN NEEDLES (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30GX8MMMISC	2	
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT TOUCH ALCOHOL PREP	2	
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED (PEN 31G 4 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC, PEN 32G 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC, PEN 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CURITY ALCOHOL PREPS	2	
CURITY GAUZE 2"X2"PAD	2	LC (100 cada 30 dia(s))
CVS ALCOHOL PREP PADS	2	
CVS GAUZE	2	LC (100 cada 30 dia(s))
cvs isopropyl alcohol wipes	2	
CVS PREP	2	
DERMACEA TYPE VII GAUZE 2"X2"PAD	2	LC (100 cada 30 dia(s))
DIATHRIVE PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 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)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
DROPLET INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
DROPLET MICRON	2	LC (200 cada 30 dia(s))
DROPLET PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 32G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
DROPLET PEN NEEDLES 29GX10MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
DROPSAFE ALCOHOL PREP	2	
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (5 MISC, 8 MISC)	2	
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES (PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
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" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (5/16" 0.3 ML MISC, 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
DRUG MART UNIFINE PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY COMFORT ALCOHOL PADS	2	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 1 ML MISC	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (PEN 29G 4MM MISC, PEN 29G 5MM MISC, PEN 33G 4 MM MISC, PEN 33G 5 MM MISC, PEN 33G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY GLIDE PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY TOUCH ALCOHOL PREP MEDIUM	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY (SY 29G 1/2" 1 ML MISC, SY 30G 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY (SY 30G 5/16" 1 ML MISC, SY 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR (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)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (27G 1/2" 0.5 ML MISC, 27G 5/8" 1 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY TOUCH PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 5 MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29GX5MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 30GX8MMMISC	2	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA AUTOSHIELD DUO	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 31G X 15/64" 0.3 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC)	2	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 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	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA PEN NEEDLE NANO	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA PEN NEEDLE U/F	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 32GX6MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBRACE PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 5 MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EQL ALCOHOL SWABS	2	
EQL GAUZE 2"X2"PAD	2	LC (100 cada 30 dia(s))
EQL INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EQL INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ESSENTRA WIPES 9X9"	2	
EXEL COMFORT POINT INSULIN SYR (EEL 28G 1/2" 1 ML MISC, EEL 29G 1/2" 0.5 ML MISC, EEL 29G 1/2" 1 ML MISC, EEL 30G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
EXEL COMFORT POINT INSULIN SYR EEL 28G 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EXEL COMFORT POINT INSULIN SYR EEL 30G 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE (EEL PEN 29G 12MM MISC, EEL PEN 31G 4 MM MISC, EEL PEN 31G 6 MM MISC, EEL PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
FIFTY50 ALCOHOL PREP	2	
FIFTY50 PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR (5/16" 0.3 ML MISC, 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
FREDS PHARMACY UNIFINE PENTIP+ (5 MISC, 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
FREDS PHARMACY UNIFINE PENTIPS	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GAUZE PADS S2"X2"	2	LC (100 cada 30 dia(s))
GLOBAL ALCOHOL PREP EASE	2	
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR (5/16" 0.3 ML MISC, 15/64" 0.3 ML MISC, 15/64" 0.5 ML MISC, 15/64" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GLOBAL INSULIN SYRINGES 30G X 1/2" 0.3 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP ALCOHOL SWABS	2	
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES (PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP INSULIN SYRINGES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2"	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" (0.5 ML MISC, 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16"	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP ULTICARE PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE (31G 5 MISC, 31G 8 MISC, 32G 4 MISC, 32G 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GOODSENSE ALCOHOL SWABS	2	
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
H-E-B INCONTROL ALCOHOL	2	
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP (31G 5 MISC, 31G 6 MISC, 31G 8 MISC, 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE (30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HEALTHWISE MINI PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HEALTHWISE PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES (PEN 5 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HEALTHWISE UNIFINE PENTIPS	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP (31G 5 MISC, 31G 6 MISC, 31G 8 MISC, 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 29GX12MMMISC	2	
HM STERILE ALCOHOL PREP	2	
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES (PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G 1/2" 0.5 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC, 31G 1/4" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (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" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSULIN SYRINGE/NEEDLE (27G 1/2" 0.5 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 28G X 1/2" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSUPEN PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSUPEN PEN NEEDLES 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSUPEN SENSITIVE (6 MISC, 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSUPEN ULTRAFIN (30G 8 MISC, 31G 6 MISC, 31G 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSUPEN32G EXTR3ME	2	LC (200 cada 30 dia(s))
isopropyl alcohol 70 % misc	2	
isopropyl alcohol wipes	2	
iv prep wipes	2	
KINRAY INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
KINRAY INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G U-100 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G U-100 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
KROGER INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
KROGER INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
KROGER PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
KROGER PEN NEEDLES 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
LEADER INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
LEADER INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
LEADER INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
LEADER UNIFINE PENTIPS (31G 5 MISC, 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS (31G 5 MISC, 31G 8 MISC, 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
LITETOUCH INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
LITETOUCH INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
LITETOUCH PEN NEEDLES (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
LONGS INSULIN SYRINGE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
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)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MARATHON MEDICAL PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 28G 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 28G 1/2" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29G5MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" MAICOMFORT 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MEDIC INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
medpura alcohol pads	2	
MEIJER ALCOHOL SWABS	2	
MEIJER PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MICRODOT PEN NEEDLE (PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE (30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MM PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MONOJECT INSULIN SYRINGE (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)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MONOJECT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE (28G 1/2" 1 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, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MS INSULIN SYRINGE (5/16" 0.3 ML MISC, 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
NOVOFINE AUTOCOVER PEN NEEDLE	2	
NOVOFINE PEN NEEDLE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PC UNIFINE PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 31GX8MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 32GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 5 MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PEN NEEDLES 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PEN NEEDLES 5/16"	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC, 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PHARMACIST CHOICE ALCOHOL	2	
PIP PEN NEEDLES 31G X 5MM	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PIP PEN NEEDLES 32G X 4MM	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES (PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES (PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PRO COMFORT ALCOHOL	2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PRO COMFORT PEN NEEDLES (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PRODIGY INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PURE COMFORT ALCOHOL PREP	2	
PURE COMFORT PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PX INSULIN SYRINGE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PX MINI PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PX PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PX SHORTLENGTH PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
qc alcohol	2	
QC ALCOHOL SWABS	2	
QC PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
QC STERILE PADS S2"X2"	2	LC (100 cada 30 dia(s))
QC UNIFINE PENTIPS	2	LC (200 cada 30 dia(s))
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 8 MM MISC, PEN 33G 4 MM MISC, PEN 33G 5 MM MISC, PEN 33G 6 MM MISC, PEN 33G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (PEN 31G 4 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
RA ALCOHOL SWABS	2	
RA INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
RA INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ra isopropyl alcohol wipes	2	
RA PEN NEEDLES (PEN 5 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
RA STERILE 2"X2"PAD	2	LC (100 cada 30 dia(s))
RAYA SURE PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 4 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
REALITY INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
REALITY SWABS	2	
RELION ALCOHOL SWABS (70 % PAD, PAD)	2	
RELION INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 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)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
RELION MINI PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
RELION PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
RELION SHORT PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SAFETY PEN NEEDLES 30GX5MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SAFETY PEN NEEDLES 30GX8MMMISC	2	
SAPS CARE ALCOHOL PREP	2	
SAPS HEALTH ALCOHOL PREP (70 % PAD, PAD)	2	
SAPS HEALTH CARE ALCOHOL PREP	2	
SB ALCOHOL PREP	2	
SB INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SB INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 30GX8MMMISC	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 31GX5MMMISC	2	
SHOPKO UNIFINE PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SHOPKO UNIFINE PENTIPS PLUS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SM ALCOHOL PREP (70 % PAD, PAD)	2	
SM GAUZE 2"X2"PAD	2	LC (100 cada 30 dia(s))
SM STERILE 2"X2"PAD	2	LC (100 cada 30 dia(s))
STERILE 2"X2"PAD	2	LC (100 cada 30 dia(s))
STERILE GAUZE 2"X2"PAD	2	LC (100 cada 30 dia(s))
SURE COMFORT ALCOHOL PREP	2	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 0.5 ML MISC, 31G 1/4" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SURE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TECHLITE INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 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)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TECHLITE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TECHLITE PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TODAYS HEALTH MINI PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES (PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE	2	
TRUE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	2	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 1 ML MISC	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC, PEN 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP	2	
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 32G X 5/16" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 32G X 5/16" 1 ML MISC	2	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31GX8MMMISC	2	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUEPLUS PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTICARE ALCOHOL SWABS (70 % PAD, PAD)	2	
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTICARE INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 0.5 ML MISC, 31G 1/4" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTICARE INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTICARE INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES (PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTICARE MINI PEN NEEDLES (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTICARE PEN NEEDLES (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 30GX8MMMISC	2	
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31GX8MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE (30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTILET ALCOHOL SWABS	2	
ULTILET PEN NEEDLE (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT (30G " 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ULTRA THIN PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA-CARE ALCOHOL PREP PADS	2	
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT (30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRACARE INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRACARE INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRACARE PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRACARE PEN NEEDLES 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
UNIFINE PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
UNIFINE PENTIPS (29G 12MM MISC, 30G 5 MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC, 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
UNIFINE PENTIPS 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
UNIFINE PENTIPS PLUS (29G 12MM MISC, 30G 5 MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (PEN 30G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30GX8MMMISC	2	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30GX8MMMISC	2	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 34G 3.5 MM MISC)	2	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
VALUMARK PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VERIFINE INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
VERIFINE INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR	2	
VIDA MIA UNIFINE PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE	2	
WEBCOL ALCOHOL PREP MEDIUM	2	
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS (31G 5 MISC, 31G 6 MISC, 31G 8 MISC, 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ZEVRX INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC, 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ZEVRX INSULIN SYRINGE 30G 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ZEVRX PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ZEVRX STERILE ALCOHOL PREP PAD	2	

OPHTHALMIC AGENTS

OPHTHALMIC AGENTS, OTHER

advanced eye relief 0.2 % solution	1	EX

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
atropine sulfate (atropine sulfate 1 % solution, atropine sulfate 1 % solution)	3	
azelastine hcl 0.05 % solution	3	
bepotastine besilate	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)
COMBIGAN	3	LC (10 cada 30 OVER TIME)
cvs allergy eye drops	1	
cvs eye itch relief	1	
cvs olopatadine hcl 0.1 % solution	1	
cvs olopatadine hcl 0.2 % solution	1	EX
cyclosporine (pf)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
dorzolamide hcl-timolol mal (2, 22.3-6.8 mg/ml)	3	
dorzolamide hcl-timolol mal pf	3	
eq eye itch relief	1	
eq olopatadine hcl 0.1 % solution	1	
eq olopatadine hcl 0.2 % solution	1	EX
eye allergy itch relief 0.2 % solution	1	EX
eye allergy itch relief 0.7 % solution	1	
eye allergy itch/redness rel	1	
eye itch relief	1	
ft eye allergy itch & redness	1	
ft eye allergy itch relief	1	EX
gnp olopatadine hcl 0.1 % solution	1	
gnp olopatadine hcl 0.2 % solution	1	EX
hm eye allergy itch relief	1	EX
hm eye allergy itch/red relief	1	
ketotifen fumarate	1	
olopatadine hcl 0.1 % solution	1	
olopatadine hcl 0.2 % solution	1	EX

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
olopatadine hcl extra strength	1	
pataday 0.2 % solution	1	EX
pataday 0.7 % solution	1	
qc eye allergy itch relief	1	EX
qc olopatadine hcl	1	EX
retaine allergy	1	EX
ROCKLATAN	4	TE, LC (5 cada 30 OVER TIME)
sm eye itch relief	1	
sm olopatadine hcl	1	EX
TYRVAYA	3	LC (8.4 cada 30 OVER TIME)
XIIDRA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
ak-poly-bac	2	
BACITRA-NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC (BACITRA-NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC, BACITRA-NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC)	2	
BACITRACIN-POLYMYXIN B	2	
BESIVANCE	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
CILOXAN	4	LC (17.5 cada 30 OVER TIME)
ciprofloxacin hcl 0.3 % solution	2	
erythromycin 5 mg/gm ointment	2	
gatifloxacin	2	LC (15 cada 30 OVER TIME)
gentamicin sulfate 0.3 % solution	3	
LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION	2	
moxifloxacin hcl 0.5 % solution	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
neomycin-bacitracin zn-polymyx (neomycin-bacitracin zn-polymyx, neomycin-bacitracin zn-polymyx 3.5-400-10000 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	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC	3	
ofloxacin 0.3 % solution	3	
polymyxin b-trimethoprim	2	
sulfacetamide sodium (sulfacetamide sodium 10 % solution, sulfacetamide sodium 10 % solution)	2	
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	2	
TOBRADEX 0.3-0.1 % OINTMENT	4	
tobramycin 0.3 % solution	2	
tobramycin-dexamethasone	3	
TOBREX	4	
TRIFLURIDINE	3	
XDEMVY	5	AP
ZIRGAN	4	
ZYLET	4	
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
bromfenac sodium (once-daily)	3	
CROMOLYN SODIUM	3	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	3	
diclofenac sodium 0.1 % solution	2	
FLAREX	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
fluorometholone	2	
FLURBIPROFEN SODIUM	3	
FML FORTE	4	
ILEVRO	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
KETOROLAC TROMETHAMINE (KETOROLAC TROMETHAMINE 0.4 % SOLUTION, KETOROLAC TROMETHAMINE 0.5 % SOLUTION)	2	
LOTEMAX 0.5 % OINTMENT	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
LOTEMAX SM	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
loteprednol etabonate (0.5 % gel, 0.5 % suspension)	2	LC (15 cada 30 OVER TIME)
loteprednol etabonate 0.2 % suspension	2	TE, LC (15 cada 30 OVER TIME)
MAXIDEX	4	
prednisolone acetate	3	LC (30 cada 30 dia(s))
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	2	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
BETAXOLOL HCL	2	
BETOPTIC-S	4	
CARTEOLOL HCL	2	
LEVOBUNOLOL HCL	2	
timolol maleate (0.25 % gel soln, 0.5 % gel soln)	3	
timolol maleate (0.25 %, 0.5 %)	2	
timolol maleate ocudose	2	
timolol maleate pf (0.25 %, 0.5 %)	2	
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
ALPHAGAN P ALHAGAN 0.1 % SOLUTION	3	LC (15 cada 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
APRACLONIDINE HCL	2	
brimonidine tartrate 0.2 % solution	2	
brinzolamide	2	LC (15 cada 30 OVER TIME)
dorzolamide hcl	2	
IOPIDINE	4	
methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)	2	
pilocarpine hcl (1 %, 2 %, 4 %)	2	
RHOPRESSA	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
SIMBRINZA	3	LC (16 cada 30 OVER TIME)
OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS		
bimatoprost 0.01 % solution	3	LC (5 cada 30 dia(s))
bimatoprost 0.03 % solution	3	LC (7.5 cada 30 OVER TIME)
latanoprost	2	
VYZULTA	4	TE
OTIC AGENTS		
acetic acid 2 % solution	2	
ciprofloxacin hcl 0.2 % solution	3	NM
ciprofloxacin-dexamethasone	2	
ciprofloxacin-hydrocortisone	2	
fluocinolone acetonide 0.01 % oil	3	
hydrocortisone-acetic acid	2	
neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)	2	
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
allergy nasal spray (momet)	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ARNUITY ELLIPTA (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
ASMANEX (120 METERED DOSES)	3	LC (1 cada 30 dia(s))
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	3	LC (1 cada 30 dia(s))
ASMANEX (60 METERED DOSES)	3	LC (1 cada 30 dia(s))
ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL)	3	LC (13 cada 30 dia(s))
ASMANEX HFA 50 MCG/ACT AEROSOL	3	LC (13 cada 30 dia(s))
budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
flunisolide	3	LC (50 cada 30 OVER TIME)
fluticasone propionate 50 mcg/act suspension	2	LC (16 cada 30 OVER TIME)
FLUTICASONE PROPIONATE DISKUS (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE PROPIONATE DISKUS 250 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (240 cada 30 dia(s))
fluticasone propionate hfa	2	LC (10.6 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE PROPIONATE HFA 110 MCG/ACT AEROSOL	2	LC (12 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE PROPIONATE HFA 220 MCG/ACT AEROSOL	2	LC (24 cada 30 dia(s))
mometasone furoate 50 mcg/act suspension	3	LC (34 cada 30 OVER TIME)
ANTIHISTAMINES		
12 hour allergy-d	1	EX
12hr allergy & congestion	1	EX
12hr allergy relief	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
24hr allergy & congestion reli	1	EX
24hr allergy relief	1	EX
all day allergy	1	EX
all day allergy childrens	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
all day allergy d	1	EX
all day allergy-d	1	EX
all-day allergy childrens	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
aller-ease	1	
allergy (cetirizine)	1	EX
allergy 24-hr	1	EX
allergy 24hour indoor/outdoor	1	EX
allergy childrens (5 mg/5ml solution, 30 mg/5ml suspension)	1	EX
allergy rel child (loratadine)	1	EX
allergy relief (10 mg tab, 180 mg tab)	1	EX
allergy relief (cetirizine) (10 mg cap, 10 mg tab)	1	EX
allergy relief (loratadine) 10 mg tab	1	EX
allergy relief 5 mg tab	1	LC (30 cada 30 dia(s)), EX
allergy relief 60 mg tab	1	
allergy relief ceterizine	1	EX
allergy relief cetirizine	1	EX
allergy relief childrens 1 mg/ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
allergy relief childrens 24-hr	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
allergy relief d 5-120 mg tab 12h	1	EX

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
allergy relief d-12	1	EX
allergy relief d-24	1	EX
allergy relief-d (5-120 mg tab er 12h, 10-240 mg tab er 24h)	1	EX
allergy relief/indoor/outdoor	1	EX
allergy relief/nasal decongest (5-120 mg tab er 12h, 10-240 mg tab er 24h)	1	EX
allergy-d 12hr	1	EX
allergy-d 24hr	1	EX
allergy/congestion relief	1	EX
antihistamine & nasal deconges	1	EX
azelastine hcl (0.1 %, 137 mcg/spray)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
azelastine-fluticasone	4	LC (23 cada 30 OVER TIME)
cetirizine hcl (5 mg chew tab, 5 mg tab, 10 mg chew tab, 10 mg tab)	1	EX
cetirizine hcl 1 mg/ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
cetirizine hcl 5 mg/5ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s))
cetirizine hcl allergy child	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
cetirizine hcl childrens alrgy	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
cetirizine hcl childrens hives	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
cetirizine-pseudoephedrine er	1	EX
childrens 24 hour allergy	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
childrens loratadine	1	EX

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
cvs allergy & hives relief	1	EX
cvs allergy childrens	1	EX
cvs allergy relief (5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)	1	EX
cvs allergy relief 5 mg tab	1	LC (30 cada 30 dia(s)), EX
cvs allergy relief 60 mg tab	1	
cvs allergy relief childrens (5 mg chew tab, 30 mg/5ml suspension)	1	EX
cvs allergy relief childrens 5 mg/5ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
cvs allergy relief d (5-120 mg tab er, 60-120 mg tab er)	1	EX
cvs allergy relief d24	1	EX
cvs allergy relief(cetirizine)	1	EX
cvs allergy relief-d (5-120 mg tab er 12h, 10-240 mg tab er 24h)	1	EX
cvs allergy relief-d12	1	EX
cvs indoor/outdoor allergy rlf	1	EX
cyproheptadine hcl 2 mg/5ml syrup	2	LC (4500 cada 30 dia(s))
cyproheptadine hcl 4 mg tab	3	LC (450 cada 30 dia(s))
desloratadine	2	LC (30 cada 30 dia(s))
eq all day allergy relief	1	EX
eq allerg relief child (cetir)	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
eq allerg relief child (lorat)	1	EX
eq allergy & congestion relief	1	EX
eq allergy childrens	1	EX
eq allergy relief (5-120 mg tab er 12h, 10 mg tab, 180 mg tab)	1	EX
eq allergy relief (cetirizine) 1 mg/ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
eq allergy relief (cetirizine) 10 mg tab	1	EX
eq allergy relief 5 mg tab	1	LC (30 cada 30 dia(s)), EX
eq allergy relief childrens 30 mg/5ml suspension	1	EX
eq allergy relief d 12 hour	1	EX
eq allergy relief nasal decong (5-120 mg tab er 12h, 10-240 mg tab er 24h)	1	EX
eq cetirizine hcl 10 mg chew tab	1	EX
eq cetirizine hcl 5 mg/5ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
eq loratadine childrens (5 mg chew tab, 10 mg tab disp)	1	EX
eql all day allergy	1	EX
eql all day allergy childrens	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
eql allergy relief (10 mg tab, 180 mg tab)	1	EX
fexofenadine hcl 180 mg tab	1	EX
fexofenadine hcl 60 mg tab	1	
fexofenadine-pseudoephed er (er 60-120 mg tab er 12h, er 180-240 mg tab er 24h)	1	EX
ft all day allergy 24 hour	1	EX
ft all day allergy ergy 10 mg tab	1	EX
ft all day allergy ergy 5 mg/5ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
ft all day allergy relief	1	EX
ft all day allergy-d	1	EX
ft allergy & congestion-d 12hr	1	EX
ft allergy childrens	1	EX
ft allergy d-12 hour	1	EX

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ft allergy relief (10 mg tab, 180 mg tab)	1	EX
ft allergy relief 12 hour	1	
ft allergy relief 24 hour	1	EX
ft allergy relief cetirizine	1	EX
ft allergy relief childrens 5 mg chew tab	1	EX
ft allergy relief childrens 5 mg/5ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
ft allergy relief loratadine	1	EX
ft allergy relief-d	1	EX
gnp all day allergy	1	EX
gnp all day allergy childrens (ergy 1 mg/ml, ergy 5 mg/5ml)	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
gnp all day allergy-d	1	EX
gnp allergy & congestion	1	EX
gnp allergy relief 180 mg tab	1	EX
gnp allergy relief 24 hr	1	LC (30 cada 30 dia(s)), EX
gnp allergy/congestion relief	1	EX
gnp fexofenadine hcl	1	EX
gnp fexofenadine/pse er	1	EX
gnp loratadine (5 mg/5ml solution, 10 mg tab, 10 mg tab disp)	1	EX
gnp loratadine childrens	1	EX
gnp loratadine-d 12hr	1	EX
goodsense all day allergy ergy 10 mg tab	1	EX
goodsense all day allergy ergy 5 mg/5ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
goodsense all day allergy-d	1	EX
goodsense aller-ease	1	EX

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
goodsense allergy relief (10 mg cap, 10 mg tab)	1	EX
goodsense allergy relief child	1	EX
hm all day allergy childrens	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
hm all day allergy ergy 10 mg tab	1	EX
hm all day allergy ergy 5 mg/5ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
hm allergy & congestion	1	EX
hm allergy complete-d	1	EX
hm allergy relief (cetirizine)	1	EX
hm allergy relief 180 mg tab	1	EX
hm allergy relief 60 mg tab	1	
hm allergy relief/nasal decong	1	EX
hm cetirizine hcl	1	EX
hm fexofenadine hcl 60 mg tab	1	
hm loratadine	1	EX
hm loratadine childrens	1	EX
kls aller-fex	1	EX
kls aller-tec childrens	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
kls allerclear	1	EX
kp fexofenadine hcl	1	
levocetirizine dihydrochloride 2.5 mg/5ml solution	2	
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab	1	LC (30 cada 30 dia(s)), EX
loratadine (5 mg/5ml solution, 10 mg cap, 10 mg tab, 10 mg tab disp)	1	EX
loratadine childrens (5 mg chew tab, 5 mg/5ml solution)	1	EX

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
loratadine-d 12hr	1	EX
loratadine-d 24hr	1	EX
meijer allergy relief-d	1	EX
mm allergy relief 24 hour	1	EX
olopatadine hcl 0.6 % solution	3	LC (30.5 cada 30 OVER TIME)
px childrens allergy	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
qc all day allergy	1	EX
qc all day allergy relief	1	EX
qc allergy relief (10 mg cap, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 180 mg tab)	1	EX
qc allergy relief (cetirizine)	1	EX
qc allergy relief 60 mg tab	1	
qc allergy relief childrens 1 mg/ml syrup	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
qc cetirizine allergy relief	1	EX
qc childrens allergy	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
qc loratadine allergy relief	1	EX
qc loratadine-d	1	EX
ra allergy relief 10 mg cap	1	EX
ra allergy relief childrens (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution, 5 mg/5ml syrup)	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
sb cetirizine hcl childrens	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
sb loratadine 10 mg tab	1	EX
sm all day allergy	1	EX

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
sm all day allergy childrens (ergy 1 mg/ml, ergy 5 mg/5ml)	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
sm all day allergy relief	1	EX
sm all day allergy-d	1	EX
sm allergy childrens	1	EX
sm allergy relief 60 mg tab	1	
sm fexofenadine hcl 180 mg tab	1	EX
sm fexofenadine hcl 60 mg tab	1	
sm lorata-dine d	1	EX
sm loratadine (5 mg/5ml solution, 10 mg tab)	1	EX
sm loratadine d 12hr	1	EX
wal-fex allergy 60 mg tab	1	
wal-itin d 24 hour	1	EX
wal-zyr 10 mg cap	1	EX
wal-zyr 5 mg/5ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
wal-zyr all day allergy child	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
wal-zyr allergy childrens	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
wal-zyr childrens (1 mg/ml, 5 mg/5ml)	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
xyzal allergy 24hr	1	LC (30 cada 30 dia(s)), EX
zyrtec childrens allergy (1 mg/ml, 5 mg/5ml)	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANTILEUKOTRIENES		
montelukast sodium (4 mg chew tab, 5 mg chew tab, 10 mg tab)	1	LC (60 cada 30 dia(s))
montelukast sodium 4 mg packet	1	LC (30 cada 30 dia(s))
roflumilast (250 mcg tab, 500 mcg tab)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
BRONCHODILATORS		
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	2	LC (36 cada 30 OVER TIME)
arformoterol tartrate	3	LC (120 cada 30 dia(s)), 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	
cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln	3	BVD
EPINEPHRINE (0.15 MG/0.15ML SOLN A-INJ, 0.3 MG/0.3ML SOLN A-INJ)	2	LC (2 cada 30 OVER TIME)
epinephrine (0.15 mg/0.3ml soln, 0.3 mg/0.3ml soln)	2	
formoterol fumarate	4	LC (120 cada 30 dia(s)), BVD
ipratropium bromide 0.02 % solution	2	BVD
ipratropium bromide 0.03 % solution	2	
ipratropium bromide 0.06 % solution	2	
ipratropium bromide hfa	4	
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	2	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SEREVENT DISKUS	3	LC (60 cada 30 dia(s))
SPIRIVA HANDIHALER	3	LC (30 cada 30 dia(s))
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (4 cada 30 dia(s))
SPIRIVA RESPIMAT 2.5 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (4 cada 30 dia(s))
STRIVERDI RESPIMAT	3	LC (4 cada 30 dia(s))
terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)	2	
UMECLIDINIUM ELLIPTA	3	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
VENTOLIN HFA	3	LC (36 cada 30 dia(s))
CYSTIC FIBROSIS AGENTS		
BRONCHITOL	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
BRONCHITOL TOLERANCE TEST	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
KALYDECO (5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
PULMOZYME	5	LC (150 cada 30 dia(s)), BVD
TRIKAFTA (50-25-37.5 75 MG TAB THPK, 100-50-75 150 MG TAB THPK)	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
TRIKAFTA (80-40-60 59.5 MG THER PACK, 100-50-75 75 MG THER PACK)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE		
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)	2	
PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)	5	AP, AL, LC (30 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
bosentan (62.5 mg tab, 125 mg tab)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
bosentan 32 mg tab sol	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
macitentan	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp	3	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
sildenafil citrate 20 mg tab	3	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
tadalafil (pah)	2	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
TADLIQ	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
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	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	5	AP, LC (200 cada 180 OVER TIME)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	5	AP
PULMONARY FIBROSIS AGENTS		
nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)	5	LC (60 cada 30 dia(s))
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
PIRFENIDONE	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)	5	AP, LC (270 cada 30 dia(s))
pirfenidone 801 mg tab	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
acetylcysteine 10 % solution	2	BVD
acetylcysteine 20 % solution	2	BVD
ANORO ELLIPTA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
BEVESPI AEROSPHERE	4	LC (10.7 cada 30 dia(s))
BREO ELLIPTA (50-25 MCG/INH AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
breyna (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)	2	LC (20.4 cada 30 dia(s))
BREZTRI AEROSPHERE (160-18-4.8 MCG/ACT AEROSOL, 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL)	3	LC (10.7 cada 30 dia(s))
budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)	2	LC (20.4 cada 30 dia(s))
COMBIVENT RESPIMAT	3	LC (8 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL 100-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL 200-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE-SALMETEROL (45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL)	4	LC (12 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE-SALMETEROL (55-14 MCG/ACT AER POW BA, 113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA)	2	LC (1 cada 30 dia(s))
ipratropium-albuterol	2	BVD
STIOLTO RESPIMAT	3	LC (4 cada 30 dia(s))
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
wixela inhub (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)	2	LC (60 cada 30 dia(s))

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

baclofen (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	2	
carisoprodol 350 mg tab	2	LC (120 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	
tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)	2	
tizanidine hcl 2 mg cap	2	LC (540 cada 30 dia(s))
tizanidine hcl 4 mg cap	2	LC (270 cada 30 dia(s))
tizanidine hcl 6 mg cap	2	LC (180 cada 30 dia(s))
SLEEP DISORDER AGENTS		
SLEEP PROMOTING AGENTS		
BELSOMRA (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
ramelteon	2	LC (30 cada 30 dia(s))
temazepam (7.5 mg cap, 22.5 mg cap)	2	
temazepam 15 mg cap	2	LC (60 cada 30 dia(s))
temazepam 30 mg cap	2	LC (30 cada 30 dia(s))
triazolam (0.125 mg tab, 0.25 mg tab)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
zaleplon (5 mg cap, 10 mg cap)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
zolpidem tartrate (5 mg tab, 10 mg tab)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab er, er 12.5 mg tab er)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS		
armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)	2	LC (90 cada 30 dia(s))
modafinil (100 mg tab, 200 mg tab)	3	LC (90 cada 30 dia(s))
SUNOSI (75 MG TAB, 150 MG TAB)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
WAKIX (4.45 MG TAB, 17.8 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
Uncategorized		
Unclassified		
BD ECLIPSE SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
BD INTEGRA SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
BD LUER-LOK SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
CAREPOINT SAFETY1ST SYR/NEEDLE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
CAREPOINT SYRINGE LUER LOCK 25G X 1" 3 ML MISC	2	
CARETOUCH LUER LOCK SYR/NEEDLE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR 25G X 1" 3 ML MISC	2	
EASY TOUCH SAFETY SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
EASYPOINT NEEDLE/SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
LUER LOCK SAFETY SYRINGES 25G X 1" 3 ML MISC	2	
MONOJECT ALLERGIST TRAY 27G X 1/2" 1 ML KIT	2	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
MONOJECT SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5	3	AP, LC (15 cada 30 OVER TIME)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	3	AP, LC (15 cada 30 OVER TIME)
OMNIPOD 5 LIBRE PODS	3	AP, LC (15 cada 30 OVER TIME)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	AP, LC (15 cada 30 OVER TIME)
SOL-CARE SAFETY SYRINGE ALLERG	2	
SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
SYRINGE LUER LOCK 25G X 1" 3 ML MISC	2	
VANISHPOINT SAFETY SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
VANISHPOINT SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
VERISAFE SAFE STERILE SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	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 vii

Índice de medicamentos

1

12 hour allergy-d 146
12hr allergy & congestion . . . 146
12hr allergy relief 146
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 110
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 110,111

2

24hr allergy & congestion reli 147
24hr allergy relief 147

A

abacavir sulfate 45
abacavir sulfate-lamivudine . . 45
abigale 94
abigale lo 94
ABILIFY ASIMTUFII 40
ABILIFY MAINTENA 40
abiraterone acetate 26
abirtega 26
ABOUTTIME PEN NEEDLE 111
ABRYSVO 107
acamprosate calcium 4
acarbose 51
accutane 72
acebutolol hcl 62
acetaminophen-codeine 1
acetazolamide 64
acetazolamide er 64
acetic acid 145
acetylcysteine 157
acitretin 72
ACTHIB 107
ACTIMMUNE 26
acyclovir 45,46
acyclovir sodium 46
ADACEL 107
adapalene 72
ADBRY 73
adefovir dipivoxil 46
ADEMPAS 156
advanced eye relief 140
ADVOCATE ALCOHOL PREP PADS 111
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 111
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 111
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 111
AGONEAZE 3
AJOVY 25
ak-poly-bac 142
AKEEGA 26
albendazole 38
albuterol sulfate 155
albuterol sulfate hfa 155
alclometasone dipropionate . . . 73
ALCOH-GLOVE CONTOURED WIPE 111
ALCOHOL PADS 111
ALCOHOL PREP 111
ALCOHOL PREP PADS 111
ALCOHOL SWABS 111
ALCOHOL SWABSTICK 111
alcohol wipes 111
ALECENSA 26
alendronate sodium 109
alfuzosin hcl er 91
aliskiren fumarate 101
all day allergy 147
all day allergy childrens 147
all day allergy d 147
all day allergy-d 147
all-day allergy childrens 147
aller-ease 147
allergy (cetirizine) 147
allergy 24-hr 147
allergy 24hour indoor/outdoor . 147
allergy childrens 147
allergy nasal spray (momet) . . 145
allergy rel child (loratadine) . . . 147
allergy relief 147
allergy relief (cetirizine) 147
allergy relief (loratadine) 147
allergy relief ceterizine 147
allergy relief cetirizine 147
allergy relief childrens 147
allergy relief childrens 24-hr . . 147
allergy relief d 147
allergy relief d-12 148
allergy relief d-24 148
allergy relief-d 148
allergy relief/indoor/outdoor . . . 148
allergy relief/nasal decongest . 148
ALLERGY SYRINGE 111
allergy-d 12hr 148
allergy-d 24hr 148
allergy/congestion relief 148
allopurinol 25
ALOGLIPTIN BENZOATE 51
ALOGLIPTIN-METFORMIN HCL 51
ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE . 51
alosetron hcl 87
ALPHAGAN P 144
alprazolam 50
alprazolam er 50
ALPRAZOLAM INTENSOL 50
alprazolam xr 50
ALTOPREV 67
ALTRENO 72
ALTRIXA OB 76
ALUNBRIG 26
amabelz 94
amantadine hcl 39
ambrisentan 156
amikacin sulfate 6
amiloride hcl 66

AMILORIDE-HYDROCHLOROTHIAZIDE . 64
amiodarone hcl 61
amitriptyline hcl 18
AMJEVITA 102
amlodipine besy-benazepril hcl 64
amlodipine besylate 63
amlodipine besylate-valsartan 64
amlodipine-atorvastatin 65
amlodipine-olmesartan 65
ammonium lactate 73
amnesteem 72
amoxapine 18
amoxicillin 6
amoxicillin trihydrate 6
amoxicillin-pot clavulanate 6
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 6
amphetamine-dextroamphetamine 69
amphetamine-dextroamphetamine 69
AMPHOTERICIN B 23
amphotericin b liposome 23
ampicillin 6
ampicillin sodium 6
ampicillin-sulbactam sodium . . . 6
anagrelide hcl 57
anastrozole 26
ANORO ELLIPTA 157
antihistamine & nasal deconges 148
APLENZIN 18
apomorphine hcl 39
APRACLONIDINE HCL 145
aprepitant 22
apri 94
APTIVUS 46
AQ INSULIN SYRINGE 111
AQINJECT PEN NEEDLE . . . 111
AQNEURSA 89
ARANELLE 94
ARANESP (ALBUMIN FREE) . 58
ARCALYST 103
AREXVY 107
arformoterol tartrate 155
ARIKAYCE 6
aripiprazole 40
ARISTADA 40
ARISTADA INITIO 41
ARMLUPEG 58
armodafinil 159
ARNUITY ELLIPTA 146
ascomp-codeine 1
asenapine maleate 41
ASMANEX (120 METERED DOSES) 146
ASMANEX (30 METERED DOSES) 146
ASMANEX (60 METERED DOSES) 146
ASMANEX HFA 146
aspirin-dipyridamole er 59
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 112
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 112
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES 112
ATABEX EC 76
atazanavir sulfate 46
atenolol 62
atenolol-chlorthalidone 65
ATOMOXETINE HCL 69
atomoxetine hcl 69
atorvastatin calcium 67
atovaquone 38
atovaquone-proguanil hcl 38
atropine sulfate 141
ATTRUBY 90
AUGTYRO 26
AUM ALCOHOL PREP PADS 112
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 112
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 112
AUM PEN NEEDLE 112
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE 112
AUM SAFETY PEN NEEDLE . 112
AURANOFIN 103
AURORA PEN NEEDLES 112
AURORA UNIFINE PENTIPS . 112
AUSTEDO 70
AUSTEDO XR 70
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 70,71
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 112
AUVELITY 19
AUVI-Q 155
aviane 94
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 26
AVTOZMA 103
AYVAKIT 27
azathioprine 105
azelaic acid 72
azelastine hcl 141,148
azelastine-fluticasone 148
AZELEX 72
AZENTRA 76
AZESCO 76
azithromycin 6,7
aztreonam 7
azurette 94

B

bac (butalbital-acetamin-caff) 1
BACITRA-NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 142

BACITRACIN-POLYMYXIN B 142
baclofen 158
balsalazide disodium 109
BALVERSA 27
balziva 94
BAND-AID GAUZE SMALL . 112
BAQSIMI ONE PACK 54
BAQSIMI TWO PACK 54
BARACLUDE 46
BAXDELA 7
BCG VACCINE 107
BD ALLERGY SYRINGE . . . 112
BD AUTOSHIELD DUO 112
BD ECLIPSE SYRINGE 160
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 112
BD INSULIN SYRINGE 113
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT 113
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 113
BD INSULIN SYRINGE U-500 113
BD INSULIN SYRINGE U/F . 113
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT 113
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 113
BD INTEGRA SYRINGE 160
BD LUER-LOK SYRINGE . . 160
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE 113
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE 113
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 113
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE 113
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE 113
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE 113
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 113
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE 113,160
BD SWAB SINGLE USE REGULAR 114
BD TB SYRINGE 114
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 114
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 114
BELSOMRA 159
benazepril hcl 60
benazepril-hydrochlorothiazide 65
BENLYSTA 103
benzoyl peroxide-erythromycin 72
benztropine mesylate 39
bepotastine besilate 141
BEQALZI 27
BEQALZI STARTER PACK . . . 27
BESIVANCE 142
BESREMI 27
BESREMI PEN 27
betaine 90
betamethasone dipropionate . . 73
betamethasone dipropionate aug 73
betamethasone valerate 73
betaxolol hcl 62
BETAXOLOL HCL 144
bethanechol chloride 91
BETOPTIC-S 144
BEVESPI AEROSPHERE . . . 157
bexarotene 27
BEXSERO 107
bicalutamide 27
BICILLIN C-R 7
BICILLIN C-R 900/300 7
BICILLIN L-A 7
BIKTARVY 46
BILDYOS 109
BILPREVDA 109
bimatoprost 145
bis subcit-metronid-tetracyc 88
bismuth/metronidaz/tetracyclin . 88
BISOPROLOL FUMARATE 62
bisoprolol-hydrochlorothiazide . 65
BIVIGAM 101
blisovi fe 1.5/30 94
BOOSTRIX 107
bosentan 157
BOSULIF 27
bosutinib 27
BRAFTOVI 27
BREO ELLIPTA 157
breyna 158
BREZTRI AEROSPHERE 158
briellyn 94
brimonidine tartrate 145
brinzolamide 145
brivaracetam 12
bromfenac sodium (once-daily) 143
bromocriptine mesylate 39
BRONCHITOL 156
BRONCHITOL TOLERANCE TEST 156
BRUKINSA 27
budesonide 92,146
budesonide er 92
budesonide-formoterol fumarate 158
bumetanide 66
buprenorphine 2
buprenorphine hcl 4
buprenorphine hcl-naloxone hcl . 4
bupropion hcl 19
bupropion hcl er (smoking det) . . 4

bupropion hcl er (sr) 19
BUPROPION HCL ER (XL) 19
bupropion hcl er (xl) 19
buspirone hcl 50
butalbital-apap-caff-cod 1
butalbital-apap-caffeine 1
butalbital-asa-caff-codeine 1
butalbital-aspirin-caffeine 1
BYSANTI 41
BYSANTI TITRATION PACK A 41
BYSANTI TITRATION PACK B 41
BYSANTI TITRATION PACK C 41

C

C-NATE DHA 76
cabergoline 100
CABLIVI 59
CABOMETYX 27
calcipotriene 74
CALCIPOTRIENE 75
calcipotriene-betameth diprop 75
calcitonin (salmon) 109
CALCITRIOL 75
calcitriol 109
calcium acetate 86
calcium acetate (phos binder) 86
CALQUENCE 27
camila 99
candesartan cilexetil 60
candesartan cilexetil-hctz 65
CAPLYTA 41
CAPRELSA 27
captopril 60
CARBAMAZEPINE 12
carbamazepine 12
carbamazepine er 12
carbidopa 39
carbidopa-levodopa 39
carbidopa-levodopa er 39
CARBIDOPA-LEVODOPA ER 39
carbidopa-levodopa-entacapone 39
CAREFINE PEN NEEDLES 114
CAREONE INSULIN SYRINGE 114
CAREONE UNIFINE PENTIPS 114
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS 114
CAREPOINT SAFETY1ST SYR/NEEDLE 160
CAREPOINT SYRINGE LUER LOCK 160
CARETOUCH ALCOHOL PREP 114
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 114
CARETOUCH LUER LOCK SYR/NEEDLE 160
CARETOUCH PEN NEEDLES 115
carglumic acid 90
carisoprodol 158
CARTEOLOL HCL 144
cartia xt 63
carvedilol 62
carvedilol phosphate er 62
caspofungin acetate 23
cataflam 1
CAYSTON 7
CEFACLOR 7
CEFACLOR ER 7
cefadroxil 7
cefazolin sodium 7
cefdinir 7
cefepime hcl 7
cefixime 7
cefoxitin sodium 7
cefpodoxime proxetil 8
cefprozil 8
ceftaroline fosamil 8
CEFTAZIDIME 8
ceftriaxone sodium 8
cefuroxime axetil 8
cefuroxime sodium 8
celecoxib 1
cephalexin 8
cetirizine hcl 148
cetirizine hcl allergy child 148
cetirizine hcl childrens alrgy 148
cetirizine hcl childrens hives 148
cetirizine-pseudoephedrine er 148
CHEMET 85
CHENODAL 88
childrens 24 hour allergy 148
childrens loratadine 148
chlorhexidine gluconate 71
chloroquine phosphate 38
chlorpromazine hcl 41
CHLORPROMAZINE HCL 41
chlorthalidone 66
CHOLBAM 90
cholestyramine 67
cholestyramine light 67
ciclopirox 75
ciclopirox olamine 75
cilostazol 59
CILOXAN 142
CIMDUO 46
cimetidine 89
cinacalcet hcl 110
ciprofloxacin hcl 8,142,145
ciprofloxacin in d5w 8
ciprofloxacin-dexamethasone 145
ciprofloxacin-hydrocortisone 145
CITALOPRAM HYDROBROMIDE 19
citalopram hydrobromide 19

CITRANATAL 90 DHA....76
CITRANATAL ASSURE....76
CITRANATAL B-CALM....76
CITRANATAL DHA....77
CITRANATAL HARMONY....77
claravis....72
CLARITHROMYCIN....8
clarithromycin er....8
CLENPIQ....88
CLEOCIN....75
CLEVER CHOICE COMFORT EZ....115
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS....115
CLICKFINE PEN NEEDLES115
clindamycin hcl....8
clindamycin palmitate hcl....8
clindamycin phos (once-daily)....75
clindamycin phos (twice-daily)....75
clindamycin phos-benzoyl perox....72
clindamycin phosphate....8,75,76
clindamycin phosphate in d5w....9
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5)....77
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10)....77
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5)....77
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15)....77
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20)....77
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10)....77
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14)....77
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)....77
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)....77
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)....77
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)....77
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)....77
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)....77
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)....77
clinisol sf....77
clobazam....12
clobetasol prop emollient base....73
clobetasol propionate....73
clobetasol propionate e....73
clomipramine hcl....19
CLONAZEPAM....13
clonidine....101
clonidine hcl....101
clonidine hcl er....69
clopidogrel bisulfate....59
clorazepate dipotassium....50
clotrimazole....23
clotrimazole-betamethasone....23
clozapine....41
CO-NATAL FA....77
COARTEM....38
COBENFY....41
COBENFY STARTER PACK....41
colchicine....25
colchicine-probenecid....25
colesevelam hcl....67
colestipol hcl....67
colistimethate sodium (cba)....9
COMBIGAN....141
COMBIVENT RESPIMAT....158
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)....27
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)....27
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)....27
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE....115
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE....115
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES....115
COMFORT EZ PEN NEEDLES....115,116
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES....116
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES....116
COMFORT TOUCH ALCOHOL PREP....116
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED....116
COMPLETE NATAL DHA....77
COMPLETENATE....77
compro....41
constulose....87
COPIKTRA....28
COSENTYX....103
COSENTYX (300 MG DOSE)....103
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)....103
COSENTYX SENSOREADY PEN....103
COSENTYX UNOREADY....103
COTELLIC....28
CREON....90
CRESEMBA....23
CRINONE....99
cromolyn sodium....90,155
CROMOLYN SODIUM....143
cryselle....94
cryselle-28....94
CURITY ALCOHOL PREPS....116
CURITY GAUZE....116
CVS ALCOHOL PREP PADS....116
cvs allergy & hives relief....149
cvs allergy childrens....149

cvs allergy eye drops 141
cvs allergy relief 149
cvs allergy relief childrens 149
cvs allergy relief d 149
cvs allergy relief d24 149
cvs allergy relief(cetirizine) 149
cvs allergy relief-d 149
cvs allergy relief-d12 149
cvs eye itch relief 141
CVS GAUZE 116
cvs indoor/outdoor allergy rlf 149
cvs isopropyl alcohol wipes 116
cvs nicotine 4
cvs nicotine polacrilex 4
cvs olopatadine hcl 141
CVS PREP 116
cyanocobalamin 77
cyclobenzaprine hcl 159
CYCLOPHOSPHAMIDE 28
cyclosporine 105
cyclosporine (pf) 141
cyclosporine modified 105
cyproheptadine hcl 149
CYSTAGON 90

D

dabigatran etexilate mesylate 56
dalbavancin hcl 9
dalfampridine er 71
danazol 93
DANZITEN 28
dapaglifloz base-metformin er 51
dapagliflozin 51
dapsone 26,76
DAPTACEL 107
daptomycin 9
darifenacin hydrobromide er 91
darunavir 46
dasatinib 28
DAURISMO 28
deferasirox 85
deferasirox granules 85
deferiprone 86
DELSTRIGO 46
DEPO-ESTRADIOL 94
DEPO-SUBQ PROVERA 104 99
DERMACEA TYPE VII GAUZE 116
DERMACINRX PNV PRENATOL 77
DERMACINRX PRETRATE 77
DESCOVY 46
desipramine hcl 19
desloratadine 149
desmopressin ace spray refrig 93
desmopressin acetate 93
desogestrel-ethinyl estradiol 94
desonide 73
desoximetasone 73
DESVENLAFAXINE ER 19
desvenlafaxine succinate er 19
dexamethasone 92
DEXAMETHASONE 92
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 143
dexmethylphenidate hcl er 69
dextroamphetamine sulfate 70
dextroamphetamine sulfate er 70
dextrose 77
DEXTROSE-NACL 77
dextrose-sodium chloride 78
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE 78
DIACOMIT 13
DIATHRIVE PEN NEEDLE 116
diazepam 13,50
diazepam intensol 50
diazoxide 54
dichlorphenamide 90
diclofenac potassium 1
diclofenac potassium(migraine) 25
diclofenac sodium 1,143
diclofenac sodium er 1
dicloxacillin sodium 9
dicyclomine hcl 87
DIFICID 9
diflunisal 2
digoxin 61
DIGOXIN 61
dihydroergotamine mesylate 25
DILANTIN 13
DILANTIN INFATABS 13
DILANTIN-125 13
dilt-xr 63
diltiazem hcl 63
diltiazem hcl er 63
diltiazem hcl er beads 63
diltiazem hcl er coated beads 63
dimethyl fumarate 71
dimethyl fumarate starter pack 71
DIPENTUM 109
diphenoxylate-atropine 87
disulfiram 4
divalproex sodium 13
divalproex sodium er 13
dofetilide 61
dolishale 94
donepezil hcl 18
dorzolamide hcl 145
dorzolamide hcl-timolol mal 141
dorzolamide hcl-timolol mal pf 141
dotti 94
DOVATO 46
doxazosin mesylate 101
doxepin hcl 19
DOXEPIN HCL 19
DOXERCALCIFEROL 110
doxy 100 9
doxycycline hyclate 9
doxycycline monohydrate 9
DRIZALMA SPRINKLE 19

dronabinol 22
DROPLET INSULIN SYRINGE 117
DROPLET MICRON 117
DROPLET PEN NEEDLES . 117
DROPSAFE ALCOHOL PREP 117
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO 117
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 117
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 117
drospiren-eth estrad-levomefol 95
drospirenone-ethinyl estradiol 95
droxidopa 60
DRUG MART UNIFINE PENTIPS 117
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS 118
DUAVEE 99
DUET DHA 400 78
DUET DHA BALANCED 78
duloxetine hcl 19,20
DULOXETINE HCL 19
DUPIXENT 103
dutasteride 91
dutasteride-tamsulosin hcl . . . 91

E

EASY COMFORT ALCOHOL PADS 118
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 118
EASY COMFORT PEN NEEDLES 118
EASY GLIDE PEN NEEDLES 118
EASY TOUCH ALCOHOL PREP MEDIUM 118
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 118
EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR 160
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 118
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 118,119
EASY TOUCH PEN NEEDLES 119
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 119
EASY TOUCH SAFETY SYRINGE 160
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 119,160
EASYPOINT NEEDLE/SYRINGE 160
econazole nitrate 23
EDARBYCLOR 65
EDURANT PED 46
efavirenz 46
efavirenz-emtricitab-tenofo df . 46
efavirenz-lamivudine-tenofovir 46
eletriptan hydrobromide 25
ELIGARD 28
ELIQUIS 56,57
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 56
ELIQUIS (2 MG PACK) 56
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 57
ELMIRON 91
eltrombopag olamine 58
eluryng 95
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 119
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 119
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 119
EMBECTA INSULIN SYRINGE 119
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 119
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 120
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F 120
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 120
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 120
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 120
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 120
EMBRACE PEN NEEDLES . . . 120
EMBRIVA 78
EMGALITY 25
EMGALITY (300 MG DOSE) . . . 25
EMSAM 20
emtricitab-rilpivir-tenofov df 46
emtricitabine 46
emtricitabine-tenofovir df 46
EMTRIVA 46
enalapril maleate 60
enalapril-hydrochlorothiazide . . . 65
ENBREL 103
ENBREL MINI 105
ENBREL SURECLICK 103
ENGERIX-B 107
enilloring 95
enoxaparin sodium 57
ENSACOVE 28
ENSPRYNG 103
ENSTILAR 75
entacapone 39
entecavir 46,47
ENTRESTO 65
ENTYVIO PEN 103

enulose 87
ENVARSUS XR 105
EPIDIOLEX 13
EPINEPHRINE 155
epinephrine 155
eplerenone 68
EPOGEN 58
EPRONTIA 13
eq all day allergy relief 149
eq allerg relief child (cetir) 149
eq allerg relief child (lorat) 149
eq allergy & congestion relief 149
eq allergy childrens 149
eq allergy relief 149,150
eq allergy relief (cetirizine) 149,150
eq allergy relief childrens 150
eq allergy relief d 12 hour 150
eq allergy relief nasal decong 150
eq cetirizine hcl 150
eq eye itch relief 141
eq loratadine childrens 150
eq nicotine 4
eq nicotine polacrilex 4
eq nicotine step 3 4
eq olopatadine hcl 141
EQL ALCOHOL SWABS 120
eql all day allergy 150
eql all day allergy childrens 150
eql allergy relief 150
EQL GAUZE 120
EQL INSULIN SYRINGE 120
EQUETRO 41
ergocalciferol 78
ERIVEDGE 28
ERLEADA 28
erlotinib hcl 28
errin 99
ertapenem sodium 9
ERY 76
erythrocin lactobionate 9
erythromycin 9,142
ERYTHROMYCIN 76
erythromycin base 9
erythromycin ethylsuccinate 9
erythromycin lactobionate 9
ERZOFRI 42
escitalopram oxalate 20
eslicarbazepine acetate 13
esomeprazole magnesium 89
ESSENTRA WIPES 9X9" 120
estarylla 95
estradiol 95
estradiol-norethindrone acet 95
estrogens conjugated 95
eszopiclone 159
ETCAMAH 28
ethacrynic acid 66
ethambutol hcl 26
ethosuximide 13
ethynodiol diac-eth estradiol 95
etodolac 2
etodolac er 2
etonogestrel-ethinyl estradiol 95
etravirine 47
EUCRISA 73
EULEXIN 28
EVENITY 110
everolimus 28,106
EVOTAZ 47
EXEL COMFORT POINT INSULIN SYR 120,121
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 121
exemestane 28
EXXUA 20
EXXUA TITRATION PACK 20
eye allergy itch relief 141
eye allergy itch/redness rel 141
eye itch relief 141
ezetimibe 67
ezetimibe-simvastatin 67

F

famciclovir 47
famotidine 89
FANAPT 42
FANAPT TITRATION PACK A 42
FANAPT TITRATION PACK B 42
FANAPT TITRATION PACK C 42
FARXIGA 51
FASENRA 103
FASENRA PEN 103
febuxostat 25
feirza 1.5/30 95
feirza 1/20 95
felbamate 13
felodipine er 63
FEMRING 95
fenofibrate 67
fenofibrate micronized 67
fenofibric acid 67
FENOPROFEN CALCIUM 2
fentanyl 2
FERRIPROX 86
fesoterodine fumarate er 91
FETZIMA 20
FETZIMA TITRATION 20
fexofenadine hcl 150
fexofenadine-pseudoephed er 150
FIASP 54
FIASP FLEXTOUCH 55
FIASP PENFILL 55
fidaxomicin 9
FIFTY50 ALCOHOL PREP 121
FIFTY50 PEN NEEDLES 121
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR 121
FILSPARI 65
FINACEA 72
finasteride 91

fingolimod hcl . . . 71
FINTEPLA . . . 14
FIRMAGON . . . 29
FIRMAGON (240 MG DOSE) 29
FIRVANQ . . . 10
FLAREX . . . 143
flavoxate hcl . . . 91
flecainide acetate . . . 61
fluconazole . . . 23
fluconazole in sodium chloride . . . 23
flucytosine . . . 23
fludrocortisone acetate . . . 92
flunisolide . . . 146
fluocinolone acetonide . . . 73,74,145
fluocinolone acetonide scalp . 74
fluocinonide . . . 74
fluorometholone . . . 144
FLUOROURACIL . . . 75
fluoxetine hcl . . . 20
FLUOXETINE HCL . . . 20
FLUOXETINE HCL (PMDD) . 20
fluphenazine decanoate . . . 42
fluphenazine hcl . . . 42
FLUPHENAZINE HCL . . . 42
flurbiprofen . . . 2
FLURBIPROFEN SODIUM . 144
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL . . . 158
fluticasone propionate . . . 74,146
FLUTICASONE PROPIONATE DISKUS . . . 146
fluticasone propionate hfa . . 146
FLUTICASONE PROPIONATE HFA . . . 146
fluticasone-salmeterol . . . 158
FLUTICASONE-SALMETEROL . . . 158
fluvastatin sodium . . . 67
fluvoxamine maleate . . . 20
fluvoxamine maleate er . . . 20
FML FORTE . . . 144
FOLATEXCEL . . . 78
folic acid . . . 78
fondaparinux sodium . . . 57
formoterol fumarate . . . 155
fosamprenavir calcium . . . 47
fosfomycin tromethamine . . . 10
fosinopril sodium . . . 61
fosinopril sodium-hctz . . . 65
FOTIVDA . . . 29
FREDS PHARMACY UNIFINE PENTIP+ . . . 121
FREDS PHARMACY UNIFINE PENTIPS . . . 121
frovatriptan succinate . . . 25
FRUZAQLA . . . 29
ft all day allergy . . . 150
ft all day allergy 24 hour . . . 150
ft all day allergy relief . . . 150
ft all day allergy-d . . . 150
ft allergy & congestion-d 12hr . . . 150
ft allergy childrens . . . 150
ft allergy d-12 hour . . . 150
ft allergy relief . . . 151
ft allergy relief 12 hour . . . 151
ft allergy relief 24 hour . . . 151
ft allergy relief cetirizine . . . 151
ft allergy relief childrens . . . 151
ft allergy relief loratadine . . . 151
ft allergy relief-d . . . 151
ft eye allergy itch & redness . 141
ft eye allergy itch relief . . . 141
ft nicotine . . . 4
ft nicotine mini . . . 4
FULPHILA . . . 58
furosemide . . . 66
FUROSEMIDE . . . 67
fyavolv . . . 95
FYLNETRA . . . 58

G

gabapentin . . . 14
GALANTAMINE HYDROBROMIDE . . . 18
galantamine hydrobromide . . . 18
galantamine hydrobromide er . . 18
gallifrey . . . 99
GAMMAGARD . . . 102
GAMMAGARD S/D LESS IGA . . . 102
GAMMAKED . . . 102
GAMMAPLEX . . . 102
GAMUNEX-C . . . 102
GARDASIL 9 . . . 107
gatifloxacin . . . 142
GATTEX . . . 88
GAUZE PADS . . . 121
GAVILYTE-C . . . 88
gavilyte-g . . . 88
gavilyte-n with flavor pack . . . 88
GAVRETO . . . 29
gefitinib . . . 29
gemfibrozil . . . 68
generlac . . . 87
gengraf . . . 106
GENOTROPIN . . . 88
GENOTROPIN MINIQUICK . . . 88
GENTAMICIN IN SALINE . . . 10
gentamicin sulfate . . . 10,76,142
GENVOYA . . . 47
GESTYRA . . . 78
GILOTRIF . . . 29
glatiramer acetate . . . 71
glatopa . . . 71
glimepiride . . . 51
GLIPIZIDE . . . 51
glipizide er . . . 51
glipizide xl . . . 51
glipizide-metformin hcl . . . 51

GLOBAL ALCOHOL PREP EASE . . . 121
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES . . . 121
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR . . . 121
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES . . . 121
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR . . . 122
GLOBAL INSULIN SYRINGES . . . 122
glucagon emergency . . . 54
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE . . . 122
glyburide-metformin . . . 52
glycopyrrolate . . . 87,88
GLYXAMBI . . . 52
GNP ALCOHOL SWABS . . . 122
gnp all day allergy . . . 151
gnp all day allergy childrens 151
gnp all day allergy-d . . . 151
gnp allergy & congestion . . . 151
gnp allergy relief . . . 151
gnp allergy relief 24 hr . . . 151
gnp allergy/congestion relief 151
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES . . . 122
gnp fexofenadine hcl . . . 151
gnp fexofenadine/pse er . . . 151
GNP INSULIN SYRINGE . . . 122
GNP INSULIN SYRINGES . . . 122
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2" . . . 122
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" . . . 122
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16" . . . 123
gnp loratadine . . . 151
gnp loratadine childrens . . . 151
gnp loratadine-d 12hr . . . 151
gnp nicotine . . . 4
gnp nicotine mini . . . 4
gnp nicotine polacrilex . . . 4
gnp olopatadine hcl . . . 141
GNP PEN NEEDLES . . . 123
GNP ULTICARE PEN NEEDLES . . . 123
GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE . . . 123
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE . . . 123
GOMEKLI . . . 29
GOODSENSE ALCOHOL SWABS . . . 123
goodsense all day allergy . . . 151
goodsense all day allergy-d . . . 151
goodsense aller-ease . . . 151
goodsense allergy relief . . . 152
goodsense allergy relief child 152
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE . . . 123
goodsense nicotine . . . 4
goodsense nicotine policrilex . . . 5
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE . . . 123
granisetron hcl . . . 22
GRANIX . . . 58
griseofulvin microsize . . . 23
griseofulvin ultramicrosize . . . 23
guanfacine hcl er . . . 70
GVOKE HYPOPEN 1-PACK . . . 54
GVOKE HYPOPEN 2-PACK . . . 54
GVOKE KIT . . . 54
GVOKE PFS . . . 54

H

H-E-B INCONTROL ALCOHOL . . . 123
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES . . . 123
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP . . . 123
HADLIMA . . . 104
HADLIMA PUSHTOUCH . . . 104
HAEGARDA . . . 101
hailey 24 fe . . . 95
hailey fe 1/20 . . . 95
halobetasol propionate . . . 74
haloperidol . . . 42
haloperidol decanoate . . . 42
haloperidol lactate . . . 42
HAVRIX . . . 107
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE . . . 123
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES . . . 124
HEALTHWISE MINI PEN NEEDLES . . . 124
HEALTHWISE PEN NEEDLES . . . 124
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES . . . 124
HEALTHWISE UNIFINE PENTIPS . . . 124
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP . . . 124
heather . . . 99
HEMADY . . . 92
heparin sodium (porcine) . . . 57
heparin sodium (porcine) +rfid . 57
heparin sodium (porcine) pf . . . 57
HEPLISAV-B . . . 107
HERNEXEOS . . . 29
HIBERIX . . . 107
hm all day allergy . . . 152
hm all day allergy childrens . . . 152
hm allergy & congestion . . . 152
hm allergy complete-d . . . 152
hm allergy relief . . . 152
hm allergy relief (cetirizine) . . . 152
hm allergy relief/nasal decong 152

hm cetirizine hcl 152
hm eye allergy itch relief 141
hm eye allergy itch/red relief 141
hm fexofenadine hcl 152
hm loratadine 152
hm loratadine childrens 152
hm nicotine 5
hm nicotine polacrilex 5
HM STERILE ALCOHOL PREP 124
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 124
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES 124
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 124
HUMALOG 55
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 55
HUMALOG KWIKPEN 55
HUMALOG MIX 50/50 55
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 55
HUMALOG MIX 75/25 55
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 55
HUMULIN 70/30 55
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 55
HUMULIN N 55
HUMULIN N KWIKPEN 55
HUMULIN R 55
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 55
hydralazine hcl 68
hydrochlorothiazide 67
hydrocodone-acetaminophen 1
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 1
hydrocortisone 74,92
hydrocortisone (perianal) 74
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE 75
hydrocortisone-acetic acid 145
hydromorphone hcl 3
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 38
hydroxyurea 29
hydroxyzine hcl 22
HYDROXYZINE PAMOATE 22
HYRNUO 29

I

ibandronate sodium 110
IBRANCE 29
IBTROZI 29
ibu 2
ibuprofen 2
icatibant acetate 101
iclevia 95
ICLUSIG 29
icosapent ethyl 68
IDHIFA 29
IDVYNSO 47
ILEVRO 144
imatinib mesylate 29
IMBRUVICA 29
imipenem-cilastatin 10
imipramine hcl 20
imipramine pamoate 20
imiquimod 75
IMKELDI 29
IMOVAX RABIES 107
INATAL GT 78
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 124
INCRELEX 93
indapamide 67
indomethacin 2
INFANRIX 107
INLURIYO 29
INLYTA 30
INQOVI 30
INREBIC 30
INSULIN LISPRO 55
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 55
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 55
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO 55
INSULIN SYRINGE 124
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 124,125
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 125
INSUPEN PEN NEEDLES 125
INSUPEN SENSITIVE 125
INSUPEN ULTRAFIN 125
INSUPEN32G EXTR3ME 125
INTELENCE 47
INTRAROSA 91
introvale 95
INVEGA HAFYERA 42,43
INVEGA SUSTENNA 43
INVEGA TRINZA 43
IOPIDINE 145
IPOL 107
ipratropium bromide 155
ipratropium bromide hfa 155
ipratropium-albuterol 158
irbesartan 60
irbesartan-hydrochlorothiazide 65
ISENTRESS 47
ISENTRESS HD 47
ISOLYTE-P IN D5W 78
ISOLYTE-S PH 7.4 78
isoniazid 26
isopropyl alcohol 125
isopropyl alcohol wipes 125
isosorbide dinitrate 69
isosorbide mononitrate 69
isosorbide mononitrate er 69
isotretinoin 72

isradipine 63
ITOVEBI 30
itraconazole 24
iv prep wipes 125
ivabradine hcl 65
ivermectin 38,76
IWILFIN 30
IXIARO 107

J

jaimiess 96
JAKAFI 30
JAKAFI XR 30
jantoven 57
JANUMET 52
JANUMET XR 52
JANUVIA 52
JARDIANCE 52
jasmiel 96
JAYPIRCA 30
JENTADUETO 52
JENTADUETO XR 52
JIDEYTRO 30
jinteli 96
JUBBONTI 110
JULUCA 47
junel 1.5/30 96
junel 1/20 96
junel fe 1.5/30 96
junel fe 1/20 96
junel fe 24 96
JUXTAPID 68
JYNNEOS 107

K

KALYDECO 156
kariva 96
kcl in dextrose-nacl 78
KCL IN DEXTROSE-NACL 79
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 79
kelnor 1/35 96
KERENDIA 68
ketoconazole 24
KETOROLAC TROMETHAMINE 144
ketotifen fumarate 141
KINERET 104
KINRAY INSULIN SYRINGE 125
KINRIX 107
kionex 86
KISQALI (200 MG DOSE) 30
KISQALI (400 MG DOSE) 30
KISQALI (600 MG DOSE) 30
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 30
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 30
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 30
klayesta 24
klor-con 79
klor-con 10 79
klor-con m10 79
klor-con m15 79
klor-con m20 79
KLOXXADO 5
kls aller-fex 152
kls aller-tec childrens 152
kls allerclear 152
kls quit2 5
kls quit4 5
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G 125
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G 125
KOMZIFTI 30
KOSELUGO 30
KOSHER PRENATAL PLUS IRON 79
kourzeq 71
kp fexofenadine hcl 152
kp folic acid 79
KRAZATI 30
KRINTAFEL 38
kristalose 87
KROGER INSULIN SYRINGE 126
KROGER PEN NEEDLES 126

L

l-glutamine 90
labetalol hcl 62
lacosamide 14
lactulose 87
lactulose encephalopathy 87
LAMICTAL ODT 14
lamivudine 47
lamivudine-zidovudine 47
lamotrigine 14
lamotrigine er 14
lamotrigine odt 14
lamotrigine starter kit-blue 14
lamotrigine starter kit-green 14
lamotrigine starter kit-orange 14
LAMPIT 38
lansoprazole 89
lanthanum carbonate 86
LANTUS 55
LANTUS SOLOSTAR 55
lapatinib ditosylate 31
latanoprost 145
LAZCLUZE 31
LEADER INSULIN SYRINGE 126
LEADER UNIFINE PENTIPS 126
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 126
LEDERLE LEUCOVORIN 31
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 47
leflunomide 106
lenalidomide 31
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 31

LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 31
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 31
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 31
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 31
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 31
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 31
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 31
LEQEMBI IQLIK 18
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) 18
lessina 96
letrozole 31
leucovorin calcium 31
LEUKERAN 31
LEUKINE 58
leuprolide acetate 31
levalbuterol hcl 155
LEVALBUTEROL TARTRATE 155
levetiracetam 14,15
levetiracetam er 15
LEVOBUNOLOL HCL 144
levocetirizine dihydrochloride 152
levofloxacin 10
LEVOFLOXACIN 142
levofloxacin in d5w 10
levonest 96
levonorg-eth estrad triphasic 96
levonorgest-eth estrad 91-day 96
levonorgestrel-ethinyl estrad 96
levora 0.15/30 (28) 96
levothyroxine sodium 100
levoxyl 100
lidocaine 3
lidocaine viscous hcl 71
lidocaine-prilocaine 3
lidocan 3
LIFYORLI (125 MG DOSE) 31
LIFYORLI (150 MG DOSE) 31
LILETTA (52 MG) 99
linezolid 10
LINZESS 87
liothyronine sodium 100
lisdexamfetamine dimesylate 70
lisinopril 61
lisinopril-hydrochlorothiazide 65
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 126
LITETOUCH PEN NEEDLES 127
lithium 50
lithium carbonate 51
lithium carbonate er 51
LIVIXIL PAK 3
LIVTENCITY 47
LO LOESTRIN FE 96
loestrin 1.5/30 (21) 96
loestrin 1/20 (21) 96
loestrin fe 1.5/30 96
loestrin fe 1/20 96
lofexidine hcl 5
LOKELMA 86
lomustine 31
LONGS INSULIN SYRINGE 127
LONSURF 31
loperamide hcl 87
lopinavir-ritonavir 47
loratadine 152
loratadine childrens 152
loratadine-d 12hr 153
loratadine-d 24hr 153
lorazepam 50
lorazepam intensol 50
LORBRENA 31
loryna 96
losartan potassium 60
losartan potassium-hctz 65
LOTEMAX 144
LOTEMAX SM 144
loteprednol etabonate 144
lovastatin 68
loxapine succinate 43
lubiprostone 87
LUER LOCK SAFETY SYRINGES 160
luizza 1.5/30 96
luizza 1/20 96
LUMAKRAS 31,32
LUPKYNIS 106
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 32
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 32
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 32
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 32
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 100
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 100
lurasidone hcl 43
LUTRATE DEPOT 32
LYBALVI 43
lyleq 99
lyllana 96,97
LYNPARZA 32
LYSODREN 32
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 32
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 32
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 32

M

M-M-R II 107
M-NATAL PLUS 79

macitentan....157
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR....127
magnesium sulfate....79
MARATHON MEDICAL PENTIPS....127
maraviroc....47
marlissa....97
MARPLAN....21
MATERNACEL....79
MATERVIA....79
MATRIAPRO....79
MATRONEX....79
MATULANE....32
matzim la....63
MAVYRET....47
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE....127
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE....127
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE....127
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2"....127
MAXIDEX....144
MECLOFENAMATE SODIUM....2
MEDIC INSULIN SYRINGE....127
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES....127
medpura alcohol pads....127
medroxyprogesterone acetate....99
mefloquine hcl....38
megestrol acetate....32,99
MEGESTROL ACETATE....99
MEIJER ALCOHOL SWABS....127
meijer allergy relief-d....153
MEIJER PEN NEEDLES....127
MEKINIST....32
MEKTOVI....32
meleya....99
meloxicam....2
memantine hcl....18
memantine hcl er....18
MENQUADFI....107
MENVEO....108
mercaptopurine....32
meropenem....10
merzee....97
mesalamine....109
mesalamine er....109
mesna....32
metaxalone....159
metformin hcl....52
metformin hcl er....52
methadone hcl....3
methazolamide....145
methenamine hippurate....10
methimazole....101
methocarbamol....159
methotrexate sodium....33
METHOTREXATE SODIUM....33
methotrexate sodium (pf)....33
METHOXSALEN RAPID....75
methscopolamine bromide....88
methsuximide....15
methylphenidate....70
methylphenidate hcl....70
methylprednisolone....92
metoclopramide hcl....22
metolazone....67
metoprolol succinate er....62
metoprolol tartrate....62
metoprolol-hydrochlorothiazide....65
metronidazole....10,76
metyrosine....65
mexiletine hcl....61
micafungin sodium....24
MICONAZOLE 3....24
MICRODOT PEN NEEDLE....127,128
microgestin 1.5/30....97
microgestin 1/20....97
microgestin fe 1.5/30....97
microgestin fe 1/20....97
midodrine hcl....60
mifepristone....54
MIGLITOL....52
mili....97
MIMRYLO....33
mimvey....97
minocycline hcl....10
minoxidil....69
mirabegron er....91
mirtazapine....21
misoprostol....88
mm allergy relief 24 hour....153
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE....128
MM PEN NEEDLES....128
modafinil....159
MODEYSO....33
moexipril hcl....61
MOLINDONE HCL....43
mometasone furoate....74,146
MONOJECT ALLERGIST TRAY....160
MONOJECT INSULIN SYRINGE....128
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE....160
MONOJECT SYRINGE....160
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE....128
montelukast sodium....155
morphine sulfate....3
morphine sulfate er....3
MOUNJARO....52
MOVANTIK....87
moxifloxacin hcl....10,142

MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 10
MRESVIA 108
MS INSULIN SYRINGE 128
MULPLETA 58
MULTAQ 61
MULTI-MAC 80
MULTIPLE ELECTRO TYPE 1 PH 5.5 80
multiple electro type 1 ph 7.4 . 80
mupirocin 76
mupirocin calcium 76
MYALEPT 90
mycophenolate mofetil 106
mycophenolate sodium 106
mycophenolic acid 106
MYFEMBREE 97

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf . . . 88
nabumetone 2
nadolol 62
nafcillin sodium 10
nafrinse 80
naftifine hcl 76
naloxone hcl 5
naltrexone hcl 5
naproxen 2
naproxen sodium 2
naratriptan hcl 25
NATACHEW 80
NATAL PNV 80
NATALCHEW 80
NATALCORE 80
NATALVIT 80
nateglinide 52
NAYZILAM 15
nebivolol hcl 62
necon 0.5/35 (28) 97
NEFAZODONE HCL 21
NEO-VITAL RX 80
NEOMATERNA 80
neomycin sulfate 10
neomycin-bacitracin zn-polymyx 143
neomycin-polymyxin-dexameth 143
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 143
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 143
neomycin-polymyxin-hc 145
NEONATAL + DHA 80
NEONATAL COMPLETE 80
NEONATAL PLUS 80
NERLYNX 33
NESTABS 80
NESTABS DHA 80
NEULASTA 58
NEUPOGEN 59
NEVIRAPINE 47
nevirapine 47
nevirapine er 48
NEXLETOL 68
NEXLIZET 68
NEXPLANON 99
niacin er (antihyperlipidemic) . . 68
nicardipine hcl 63
nicotine 5
nicotine mini 5
nicotine polacrilex 5
nicotine polacrilex mini 5
nicotine step 1 5
nicotine step 2 5
nicotine step 3 5
NICOTROL NS 5
nifedipine 64
nifedipine er 64
nifedipine er osmotic release . . 64
nilotinib hcl 33
NILUTAMIDE 33
NIMODIPINE 64
nimodipine 64
NINLARO 33
nintedanib esylate 157
nisoldipine er 64
nitazoxanide 38
nitisinone 90
nitro-bid 69
nitrofurantoin 10
nitrofurantoin macrocrystal 11
nitrofurantoin monohyd macro . 11
nitroglycerin 69
NITROLINGUAL 69
NIVA-PLUS 80
NIVESTYM 59
nizatidine 89
norelgestromin-eth estradiol . . . 97
norethin ace-eth estrad-fe 97
norethindron-ethinyl estrad-fe . . 97
norethindrone 99
norethindrone acet-ethinyl est . . 97
norethindrone acetate 99
norethindrone-eth estradiol 97
norgestim-eth estrad triphasic . . 97
norgestimate-eth estradiol 97
nortrel 0.5/35 (28) 97
nortrel 1/35 (21) 97
nortrel 1/35 (28) 97
nortrel 7/7/7 97
nortriptyline hcl 21
NOVOFINE AUTOCOVER PEN NEEDLE 128
NOVOFINE PEN NEEDLE 128
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 128
NOVOLIN 70/30 55
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN 55
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION 55
NOVOLIN 70/30 RELION 55
NOVOLIN N 56
NOVOLIN N FLEXPEN 56

NOVOLIN N FLEXPEN RELION....56
NOVOLIN N RELION....56
NOVOLIN R....56
NOVOLIN R FLEXPEN....56
NOVOLIN R FLEXPEN RELION....56
NOVOLIN R RELION....56
NOVOLOG....56
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION....56
NOVOLOG FLEXPEN....56
NOVOLOG FLEXPEN RELION....56
NOVOLOG MIX 70/30....56
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN....56
NOVOLOG MIX 70/30 RELION....56
NOVOLOG PENFILL....56
NOVOLOG RELION....56
NOVYRA....80
NOXAFIL....24
NUBEQA....33
NUPLAZID....43
NURTEC....25
NUTRILIPID....80
nyamyc....24
nylia 1/35....97
nylia 7/7/7....97
NYMALIZE....64
nystatin....24
nystatin-triamcinolone....24
nystop....24
NYVEPRIA....59

O

OB COMPLETE ONE....80
OB COMPLETE PETITE....80
OB COMPLETE PREMIER....80
OB COMPLETE/DHA....80
OBSTETRIX DHA....80
OBSTETRIX EC (WITH DOCUSATE)....80
OCTAGAM....102
octreotide acetate....100,101
ODEFSEY....48
ODOMZO....33
OFEV....157
ofloxacin....11,143
OGSIVEO....33
OJEMDA....33
OJJAARA....33
olanzapine....43
olanzapine-fluoxetine hcl....21
olmesartan medoxomil....60
olmesartan medoxomil-hctz....65
olmesartan-amlodipine-hctz....66
olopatadine hcl....141,153
olopatadine hcl extra strength....142
omega-3-acid ethyl esters....68
omeprazole....89
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5....161
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)....161
OMNIPOD 5 LIBRE PODS....161
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)....161
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)....161
OMNITROPE....88
OMVOH....104
OMVOH (300 MG DOSE)....104
ondansetron....22
ondansetron hcl....22,23
ONE VITE WOMENS PLUS....80
ONENATAL RX....81
ONUREG....33
OPIPZA....43
ORFADIN....90
ORGOVYX....34
ORIAHNN....99
ORILISSA....97
orquidea....99
ORSERDU....34
oseltamivir phosphate....48
OSPHENA....99
OTEZLA....104
OTEZLA XR....104
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK....104
oxcarbazepine....15
oxcarbazepine er....15
oxiconazole nitrate....24
oxybutynin chloride....91
oxybutynin chloride er....91
oxycodone hcl....3
oxycodone-acetaminophen....1
OZEMPIC....53
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)....52
OZEMPIC (1 MG/DOSE)....52
OZEMPIC (2 MG/DOSE)....53

P

pacerone....61
paliperidone er....43,44
PALYNZIQ....90
PANRETIN....34
pantoprazole sodium....89
paricalcitol....110
PAROXETINE HCL....21
paroxetine hcl....21
paroxetine hcl er....21
pataday....142
PAXLOVID (150/100)....48
PAXLOVID (300/100 & 150/100)....48
PAXLOVID (300/100)....48
pazopanib hcl....34
PC UNIFINE PENTIPS....129

PEDIARIX 108
PEDVAXHIB 108
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 88
peg-3350/electrolytes 88
peg-3350/electrolytes/ascorbat 88
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 89
PEGASYS 48
PEMAZYRE 34
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 129
PEN NEEDLES 129
PEN NEEDLES 5/16" 129
PENBRAYA 108
penicillamine 86
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE 11
penicillin g potassium 11
PENICILLIN G SODIUM 11
PENICILLIN V POTASSIUM 11
PENMENVY 108
PENTACEL 108
pentamidine isethionate 38
PENTIPS 129
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 129
pentoxifylline er 66
perampanel 15
PERINDOPRIL ERBUMINE 61
periogard 71
permethrin 76
perphenazine 44
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 21
PHARMACIST CHOICE ALCOHOL 129
PHENELZINE SULFATE 21
phenobarbital 16
phenoxybenzamine hcl 60
phenytek 16
phenytoin 16
phenytoin infatabs 16
phenytoin sodium extended 16
PHEXX 91
PIFELTRO 48
pilocarpine hcl 71,145
pimecrolimus 74
pimozide 44
pindolol 62
pioglitazone hcl 53
pioglitazone hcl-glimepiride 53
pioglitazone hcl-metformin hcl 53
PIP PEN NEEDLES 31G X 5MM 129
PIP PEN NEEDLES 32G X 4MM 129
piperacillin sod-tazobactam so 11
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 34
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 34
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 34
PIRFENIDONE 157
pirfenidone 157
piroxicam 2
pitavastatin calcium 68
PLASMA-LYTE 148 81
PLASMA-LYTE A 81
plenamine 81
PNV 27-CA/FE/FA 81
PNV PRENATAL PLUS MULTIVIT+DHA 81
PNV TABS 20-1 81
PNV-DHA+DOCUSATE 81
PNV-SELECT 81
PODOFILOX 75
polymyxin b-trimethoprim 143
pomalidomide 34
POMALYST 34
portia-28 98
posaconazole 24
potassium chloride 81
POTASSIUM CHLORIDE 81
potassium chloride crys er 81
potassium chloride er 82
potassium chloride in dextrose 82
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL 82
potassium citrate er 82
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 82
pramipexole dihydrochloride 39
pramipexole dihydrochloride er 40
prasugrel hcl 60
pravastatin sodium 68
praziquantel 38
prazosin hcl 102
prednisolone 92
prednisolone acetate 144
prednisolone sodium phosphate 93
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 144
PREDNISONE 93
prednisone 93
PREDNISONE INTENSOL 93
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 129
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 130
pregabalin 16
PREGEN DHA 82
PREGENNA 82
PREMARIN 98
PREMASOL 82
PREMPHASE 98
PREMPRO 98
PRENA 1 TRUE 82
PRENA1 82
PRENA1 PEARL 82
PRENACORE 82
PRENAISSANCE 82

PRENAISSANCE PLUS 82
PRENATABS FA 82
PRENATAL 83
PRENATAL 19 82
PRENATAL PLUS 83
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL 83
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON 83
PRENATE DHA 83
PRENATE ELITE 83
PRENATE ENHANCE 83
PRENATE MINI 83
PRENATE PIXIE 83
PRENATE RESTORE 83
PRENATRIX 83
PRENATRYL 83
PRENATVITE COMPLETE . . 83
PRENATVITE PLUS 83
PRENATVITE RX 83
PRENOVA 83
PRENYRA 83
PRETOMANID 26
prevalite 68
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 130
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 130
PREVYMIS 48
PREZCOBIX 48
PREZISTA 48
PRILOVIX 3
prilovix lite 3
prilovix lite plus 3
PRILOVIX PLUS 3
prilovix ultralite 3
prilovix ultralite plus 3
PRIMACARE 83
primaquine phosphate 38
PRIMIDONE 16
PRIORIX 108
PRIVIGEN 102
PRO COMFORT ALCOHOL . 130
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 130
PRO COMFORT PEN NEEDLES 130
probenecid 25
prochlorperazine 44
prochlorperazine maleate 44
procto-med hc 74
proctosol hc 74
proctozone-hc 74
PRODIGY INSULIN SYRINGE 130
progesterone 99
PROGRAF 106
PROLASTIN-C 90
promethazine hcl 23
promethegan 23
propafenone hcl 61
propafenone hcl er 62
propranolol hcl 62,63
propranolol hcl er 63
propylthiouracil 101
PROQUAD 108
PROSOL 83
protriptyline hcl 21
PROVIDA OB 83
prucalopride succinate 87
PULMOZYME 156
PURE COMFORT ALCOHOL PREP 130
PURE COMFORT PEN NEEDLE 130
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 130
px childrens allergy 153
PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES 130
PX INSULIN SYRINGE 130
PX MINI PEN NEEDLES 130
PX PEN NEEDLE 130
PX SHORTLENGTH PEN NEEDLES 130
pyrazinamide 26
PYRIDOSTIGMINE BROMIDE . 71
pyridostigmine bromide 71
pyridostigmine bromide er 71
pyrimethamine 39
PYRUKYND 90
PYRUKYND TAPER PACK 90
PYZCHIVA 104

Q

qc alcohol 131
QC ALCOHOL SWABS 131
qc all day allergy 153
qc all day allergy relief 153
qc allergy relief 153
qc allergy relief (cetirizine) 153
qc allergy relief childrens 153
qc cetirizine allergy relief 153
qc childrens allergy 153
qc eye allergy itch relief 142
qc loratadine allergy relief 153
qc loratadine-d 153
qc olopatadine hcl 142
QC PEN NEEDLES 131
QC STERILE PADS 131
QC UNIFINE PENTIPS 131
QINLOCK 34
QUADRACEL 108
QUETIAPINE FUMARATE 44
quetiapine fumarate er 44
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 131
quinapril hcl 61
QUINIDINE SULFATE 62
quinine sulfate 39

R

RA ALCOHOL SWABS 131

ra allergy relief 153
ra allergy relief childrens 153
RA INSULIN SYRINGE 131
ra isopropyl alcohol wipes 131
ra nicotine 5
ra nicotine gum 5
RA PEN NEEDLES 131
RA STERILE 131
RABAVERT 108
rabeprazole sodium 89
RALDESY 21
raloxifene hcl 99
ramelteon 159
ramipril 61
ranolazine er 66
rasagiline mesylate 40
RASONQUE 34
RASUVO 106
RAYA SURE PEN NEEDLE 131
REALITY INSULIN SYRINGE 131
REALITY SWABS 132
reclipsen 98
RECOMBIVAX HB 108
RELENZA DISKHALER 48
RELEUKO 59
RELEVIA 83
RELION ALCOHOL SWABS 132
RELION INSULIN SYRINGE 132
RELION MINI PEN NEEDLES 132
RELION PEN NEEDLES 132
RELION SHORT PEN NEEDLES 132
repaglinide 53
REPATHA 68
REPATHA SURECLICK 68
RETACRIT 59
retaine allergy 142
RETEVMO 34
REVCOVI 90
REVUFORJ 34
REXULTI 44
REYATAZ 48
REZDIFFRA 89
REZLIDHIA 34
RHOPRESSA 145
RIBAVIRIN 48
rifabutin 26
rifampin 26
rifapentine 26
rilpivirine hcl 48
riluzole 71
RINVOQ 104
RINVOQ LQ 104
risedronate sodium 110
RISPERIDONE 44
risperidone 44
risperidone microspheres er 44
ritonavir 49
rivastigmine 18
rivastigmine tartrate 18
rizatriptan benzoate 25
ROCKLATAN 142
roflumilast 155
ROMVIMZA 34
ropinirole hcl 40
ropinirole hcl er 40
rosuvastatin calcium 68
ROTARIX 108
ROTATEQ 108
ROWASA 109
ROZLYTREK 34,35
RUBRACA 35
rufinamide 16
RUKOBIA 49
RYDAPT 35

S

sacubitril-valsartan 66
SAFETY PEN NEEDLES 132
SAFYRAL 98
SANTYL 75
sapropterin dihydrochloride 90
SAPS CARE ALCOHOL PREP 132
SAPS HEALTH ALCOHOL PREP 132
SAPS HEALTH CARE ALCOHOL PREP 132
saxagliptin hcl 53
saxagliptin-metformin er 53
SB ALCOHOL PREP 132
sb cetirizine hcl childrens 153
SB INSULIN SYRINGE 132
sb loratadine 153
SCEMBLIX 35
scopolamine 23
SE-NATAL 19 83
SECUADO 44
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 132
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 132,133
SEGLUROMET 53
SELARSDI 104
SELECT-OB 83
SELECT-OB+DHA 83
selegiline hcl 40
SEREVENT DISKUS 156
sertraline hcl 21
sevelamer carbonate 86
sevelamer hcl 86
SHINGRIX 108
SHOPKO UNIFINE PENTIPS 133
SHOPKO UNIFINE PENTIPS PLUS 133
SIGNIFOR 101
sildenafil citrate 69,157
silodosin 91
silver sulfadiazine 75

SIMBRINZA....145
simvastatin....68
sirolimus....106
SIRTURO....26
SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER....53
SITAGLIPTIN....53
SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN HCL....53
SIVEXTRO....11
SM ALCOHOL PREP....133
sm all day allergy....153
sm all day allergy childrens....154
sm all day allergy relief....154
sm all day allergy-d....154
sm allergy childrens....154
sm allergy relief....154
sm eye itch relief....142
sm fexofenadine hcl....154
SM GAUZE....133
sm lorata-dine d....154
sm loratadine....154
sm loratadine d 12hr....154
sm nicotine....5
sm nicotine polacrilex....5
sm olopatadine hcl....142
SM STERILE....133
sodium chloride....83,84
SODIUM CHLORIDE....84
sodium chloride (pf)....83
SODIUM FLUORIDE....84
sodium phenylbutyrate....90
sodium polystyrene sulfonate....86
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR....49
SOL-CARE SAFETY SYRINGE ALLERG....161
solifenacin succinate....92
SOLIQUA....53
SOLTAMOX....35
SOMAVERT....101
sorafenib tosylate....35
sotalol hcl....62
sotalol hcl (af)....62
SPINOSAD....76
SPIRIVA HANDIHALER....156
SPIRIVA RESPIMAT....156
spironolactone....68
spironolactone-hctz....66
sprintec 28....98
SPRITAM....16
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)....86
sps (sodium polystyrene sulf)....86
sronyx....98
ssd....75
STEGLATRO....53
STERILE....133
STERILE GAUZE....133
STIMUFEND....59
STIOLTO RESPIMAT....158
STIVARGA....35
STREPTOMYCIN SULFATE....11
STRIBILD....49
STRIVERDI RESPIMAT....156
SUBVENITE....16
sucralfate....89
SUFLAVE....89
sulfacetamide sodium....143
sulfacetamide sodium (acne)....76
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE....143
sulfadiazine....11
sulfamethoxazole-trimethoprim....11
sulfasalazine....109
sulindac....2
sumatriptan....25
sumatriptan succinate....25
sunitinib malate....35
SUNLENCA....49
SUNOSI....159
SUPREP BOWEL PREP KIT....89
SURE COMFORT ALCOHOL PREP....133
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE....133
SURE COMFORT PEN NEEDLES....133
SUTAB....89
SYMPAZAN....16
SYMPROIC....87
SYMTUZA....49
SYNAREL....101
SYNJARDY....53
SYNJARDY XR....53,54
SYNTHROID....100
SYRINGE....161
SYRINGE LUER LOCK....161

T

TABLOID....35
TABRECTA....35
tacrolimus....74,106
tacrolimus er....106
tadalafil....92
tadalafil (pah)....157
TADLIQ....157
TAFINLAR....35
TAGRISSO....35
TALZENNA....35
tamoxifen citrate....35
tamsulosin hcl....92
tarina 24 fe....98
TARPEYO....93
TAVALISSE....60
TAVNEOS....104
tazarotene....72
TECHLITE INSULIN SYRINGE....134
TECHLITE PEN NEEDLES....134
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES....134

telmisartan 60
TELMISARTAN-AMLODIPINE 66
telmisartan-hctz 66
temazepam 159
TENIVAC 108
tenofovir disoproxil fumarate . 49
TEPMETKO 35
terazosin hcl 60,102
terbinafine hcl 24
terbutaline sulfate 156
terconazole 24
teriflunomide 71
TERIPARATIDE 110
teriparatide 110
testosterone 94
testosterone cypionate 94
TESTOSTERONE ENANTHATE 94
tetrabenazine 71
tetracycline hcl 11
THALOMID 35
theophylline er 156
thioridazine hcl 45
thiothixene 45
THRIVITE RX 84
tiadylt er 64
TIAGABINE HCL 16,17
tiagabine hcl 17
TIBSOVO 35
ticagrelor 60
TICOVAC 108
tigecycline 11
tilia fe 98
timolol maleate 63,144
timolol maleate ocudose 144
timolol maleate pf 144
tinidazole 11
TIROSINT-SOL 100
TIVICAY 49
TIVICAY PD 49
tizanidine hcl 159
TOBRADEX 143
tobramycin 12,143
tobramycin sulfate 12
TOBRAMYCIN SULFATE 12
tobramycin-dexamethasone . 143
TOBREX 143
TODAYS HEALTH MINI PEN NEEDLES 134
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES 134
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE 134
tofacitinib citrate 104,105
tofacitinib citrate er 105
tolterodine tartrate 92
tolterodine tartrate er 92
tolvaptan 86
tolvaptan (hyponatremia) 86
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 134
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 134
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 134
topiramate 17
toremifene citrate 36
torpenz 36
torsemide 67
TOUJEO MAX SOLOSTAR . . . 56
TOUJEO SOLOSTAR 56
TPN ELECTROLYTES 84
TRADJENTA 54
tramadol hcl 3
tramadol-acetaminophen 1
trandolapril 61
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER 66
tranexamic acid 59
tranylcypromine sulfate 21
TRAVASOL 84
TRAZODONE HCL 21
trazodone hcl 21
TRELEGY ELLIPTA 158
TRELSTAR MIXJECT 36
tretinoin 36,72
TRETINOIN MICROSPHERE . . 72
TRETINOIN MICROSPHERE PUMP 73
TREXALL 36
tri-estarylla 98
tri-legest fe 98
tri-lo-estarylla 98
tri-lo-sprintec 98
tri-sprintec 98
tri-vylibra lo 98
triamcinolone acetonide 71,74
triamterene 67
triamterene-hctz 66
triazolam 159
TRICARE 84
triderm 74
trientine hcl 86
trifluoperazine hcl 45
TRIFLURIDINE 143
trihexyphenidyl hcl 40
TRIJARDY XR 54
TRIKAFTA 156
trimethoprim 12
trimipramine maleate 21
TRINATAL RX 1 84
TRINATE 84
TRINTELLIX 22
TRISTART DHA 84
TRIUMEQ 49
TRIUMEQ PD 49
TROPHAMINE 84
trospium chloride 92
trospium chloride er 92
TRUE COMFORT ALCOHOL PREP PADS 134

TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 134,135
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 135
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP 135
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 135
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 135
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 135
true folic acid 84
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 135
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 136
TRUEPLUS PEN NEEDLES 136
TRULICITY 54
TRUMENBA 108
TRUQAP 36
TRYNGOLZA 68
TUKYSA 36
TURALIO 36
turqoz 98
TWINRIX 108
tydemy 98
TYENNE 105
TYMLOS 110
TYPHIM VI 108
TYRVAYA 142

U

UDENYCA 59
ULTICARE ALCOHOL SWABS 136
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 136
ULTICARE INSULIN SYRINGE 136
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES 136
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 136
ULTICARE PEN NEEDLES . . 136
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 137
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 137
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 137
ULTILET ALCOHOL SWABS 137
ULTILET PEN NEEDLE 137
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 137
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 137
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 137
ULTRA THIN PEN NEEDLES 138
ULTRA-CARE ALCOHOL PREP PADS 138
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 138
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 138
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE 138
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT 138
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES 138
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 138
ULTRACARE PEN NEEDLES 138
UMECLIDINIUM ELLIPTA . . . 156
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 138
UNIFINE PEN NEEDLES 138
UNIFINE PENTIPS 138,139
UNIFINE PENTIPS PLUS 139
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 139
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 139
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 139
UPTRAVI 157
ursodiol 89
USTEKINUMAB 105
UZEDY 45

V

valacyclovir hcl 49
VALCHLOR 75
valganciclovir hcl 49
valproic acid 17
valsartan 60
valsartan-hydrochlorothiazide . . 66
VALTOCO 10 MG DOSE 17
VALTOCO 15 MG DOSE 17
VALTOCO 20 MG DOSE 17
VALTOCO 5 MG DOSE 17
valtya 1/35 98
VALTYA 1/50 98
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 139
VALUMARK PEN NEEDLES . 139
vancomycin hcl 12
VANCOMYCIN HCL 12
VANDAZOLE 76
VANFLYTA 36
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 139
VANISHPOINT SAFETY SYRINGE 161
VANISHPOINT SYRINGE 161
VAQTA 109
varenicline tartrate 6

varenicline tartrate (starter) 6
varenicline tartrate(continue) 6
VARIVAX 109
VARUBI (180 MG DOSE) 23
VAXCHORA 109
VELIVET 98
VELPHORO 86
VELSIPITY 105
VELTASSA 86,87
VEMLIDY 49
VENCLEXTA 36
VENCLEXTA STARTING PACK 36
VENLAFAXINE BESYLATE ER 22
venlafaxine hcl 22
venlafaxine hcl er 22
VENTOLIN HFA 156
VEPPANU 36
verapamil hcl 64
verapamil hcl er 64
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 139
VERIFINE INSULIN SYRINGE 140
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 140
VERISAFE SAFE STERILE SYRINGE 161
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR 140
VERQUVO 66
VERSACLOZ 45
VERZENIO 36
vestura 98
VIDA MIA UNIFINE PENTIPS 140
vienva 98
vigabatrin 17
vigadrone 17
VIGAFYDE 17
vilazodone hcl 22
VIMKUNYA 109
VINATE II 84
VINATE ONE 84
viorele 98
VIRACEPT 49
VIREAD 49
VIRT-NATE DHA 84
VITAFOL FE+ 84
VITAFOL GUMMIES 84
VITAFOL ULTRA 84
VITAFOL-NANO 84
VITAFOL-OB 84
VITAFOL-OB+DHA 84
VITAFOL-ONE 85
VITALARA 85
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC 85
VITAMEDMD REDICHEW RX 85
vitamin d (ergocalciferol) 85
VITAPEARL 85
VITATHELY WITH GINGER 85
VITATRUE 85
VITRAKVI 36
VIVA DHA 85
VIVOTIF 109
VONJO 36
VORANIGO 36
VORICONAZOLE 24
voriconazole 24
VOSEVI 49
VOWST 89
VRAYLAR 45
VTAMA 75
vylibra 98
VYZULTA 145

W

WAKIX 159
wal-fex allergy 154
wal-itin d 24 hour 154
wal-zyr 154
wal-zyr all day allergy child 154
wal-zyr allergy childrens 154
wal-zyr childrens 154
warfarin sodium 57
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 140
WEBCOL ALCOHOL PREP MEDIUM 140
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 140
WEGOVY 70
WELIREG 37
WESNATAL DHA COMPLETE 85
WESNATE DHA 85
WESTAB PLUS 85
WESTGEL DHA 85
WINREVAIR 157
wixela inhub 158
WYOST 110

X

XALKORI 37
xarah fe 98
XARELTO 57
XARELTO STARTER PACK 57
XCOPRI 17
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 17
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 17
XDEMVY 143
XERMELO 87
XIFAXAN 12
XIGDUO XR 54
XIIDRA 142
XOFLUZA (40 MG DOSE) 49
XOFLUZA (80 MG DOSE) 49
XOLAIR 105
XOSPATA 37

XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 37
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 37
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 37
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 37
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 37
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 37
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 37
XTANDI 37
xulane 98
xyzal allergy 24hr 154

Y

YF-VAX 109
YONSA 37
yulithira 37
yuvafem 99

Z

zafirlukast 155
zaleplon 159
ZALVIT 85
ZARXIO 59
ZEJULA 37
ZELBORAF 37
zenatane 73
ZENBEXUS 37
ZENPEP 91
ZEVRX INSULIN SYRINGE 140
ZEVRX PEN NEEDLES 140
ZEVRX STERILE ALCOHOL PREP PAD 140
zidovudine 49
ZIEXTENZO 59
ZIPHEX 85
ziprasidone hcl 45
ziprasidone mesylate 45
ZIRGAN 143
ZOLINZA 38
zolmitriptan 25,26
zolpidem tartrate 159
zolpidem tartrate er 159
ZONISADE 18
zonisamide 18
zovia 1/35 (28) 99
ZTALMY 18
ZURZUVAE 22
ZYKADIA 38
ZYLET 143
ZYMFENTRA (1 PEN) 105
ZYMFENTRA (2 PEN) 105
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 105
zyrtec childrens allergy 154

BayCare Health Plans
P. O. Box 30764
Tampa, FL 33630

Member.BayCarePlus.org

Línea telefónica gratuita:
(866) 509-5396 (TTY: 711)
Siete días a la semana, de 8am a 8pm

Los fines de semana, del 1 de abril al 30 de septiembre, y los días festivos, podrá acceder a un servicio de mensajería. Deje un mensaje y le devolveremos la llamada el siguiente día laboral.

Este formulario se actualizó el 01/01/2027
Para obtener la información más reciente o si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con **BayCare**Plus Member Services. BayCare Select Health Plans es un plan de Health Maintenance Organization (HMO), organización para el mantenimiento de la salud, con contrato de Medicare. La inscripción en BayCare Select Health Plans depende de la renovación del contrato. BayCare Select Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género.

H2235_27-003_C 26-13792_SP-0626

BayCarePlus®
Medicare Advantage

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANALGESICS		
ANALGESICS COMBINATIONS		
acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab)	3	LC (390 cada 30 dia(s))
ascomp-codeine	3	LC (180 cada 30 dia(s)), NM
bac (butalbital-acetamin-caff)	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
butalbital-apap-caff-cod (50-300-40-30 mg cap, 50-325-40-30 mg cap)	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
butalbital-apap-caffeine (50-300-40 mg cap, 50-325-40 mg cap, 50-325-40 mg tab)	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
butalbital-asa-caff-codeine	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
butalbital-aspirin-caffeine	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
hydrocodone-acetaminophen (5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)	3	LC (240 cada 30 dia(s))
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-325 MG TAB	3	LC (240 cada 30 dia(s)), NM
oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)	3	LC (180 cada 30 dia(s))
tramadol-acetaminophen	3	LC (120 cada 30 dia(s))
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
cataflam	2	
celecoxib (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap, 400 mg cap)	2	
diclofenac potassium 50 mg tab	2	
diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr)	2	
diclofenac sodium 1.5 % solution	3	LC (450 cada 30 dia(s))
diclofenac sodium 3 % gel	3	
diclofenac sodium 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
diflunisal	2	LC (90 cada 30 dia(s))
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	LC (60 cada 30 dia(s))
etodolac er 600 mg tab 24h	2	LC (30 cada 30 dia(s))
FENOPROFEN CALCIUM (FENOPROFEN CALCIUM 400 MG CAP, FENOPROFEN CALCIUM 400 MG CAP)	2	
flurbiprofen (flurbiprofen, flurbiprofen 100 mg tab)	2	
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	LC (120 cada 30 dia(s))
MECLOFENAMATE SODIUM 50 MG CAP	2	LC (240 cada 30 dia(s))
meloxicam (7.5 mg tab, 15 mg tab)	2	
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	
piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)	2	
sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)	2	
OPIOID ANALGESICS		
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)	2	LC (4 cada 28 OVER TIME), NM
fentanyl (12 mcg/hr patch, 25 mcg/hr patch, 50 mcg/hr patch, 75 mcg/hr patch, 100 mcg/hr patch)	2	LC (10 cada 30 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
hydromorphone hcl (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
methadone hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM
morphine sulfate (morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab, morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab)	3	LC (120 cada 30 dia(s)), 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	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
morphine sulfate er 15 mg tab	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM
oxycodone hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
tramadol hcl 100 mg tab	2	LC (120 cada 30 dia(s))
tramadol hcl 50 mg tab	2	LC (240 cada 30 dia(s))

ANESTHETICS

LOCAL ANESTHETICS

AGONEAZE	3	
lidocaine 5 % patch	3	AP
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream	3	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % kit	3	
lidocan	3	AP
LIVIXIL PAK	3	
PRILOVIX	3	
prilovix lite	3	
prilovix lite plus	3	
PRILOVIX PLUS	3	
prilovix ultralite	3	
prilovix ultralite plus	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS		
acamprosate calcium	3	
buprenorphine hcl 2 mg sl tab	2	LC (210 cada 30 dia(s)), NM
buprenorphine hcl 8 mg sl tab	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg tab, 8-2 mg tab)	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg, 12-3 mg)	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
bupropion hcl er (smoking det)	2	
cvs nicotine (2 mg gum, 4 mg gum, 14 mg/24hr patch 24hr)	1	
cvs nicotine polacrilex (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)	1	
disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)	2	
eq nicotine (4 mg gum, 4 mg lozenge)	1	
eq nicotine polacrilex (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)	1	
eq nicotine step 3	1	
ft nicotine (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge, 7 mg/24hr patch 24hr, 14 mg/24hr patch 24hr)	1	
ft nicotine 21 mg/24hr patch 24hr	1	
ft nicotine mini (2 mg, 4 mg)	1	
gnp nicotine (2 mg gum, 4 mg gum, 7 mg/24hr patch 24hr, 14 mg/24hr patch 24hr)	1	
gnp nicotine 21 mg/24hr patch 24hr	1	
gnp nicotine mini (2 mg, 4 mg)	1	
gnp nicotine polacrilex (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)	1	
goodsense nicotine (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
goodsense nicotine policrilex	1	
hm nicotine (7 mg/patch, 14 mg/patch)	1	
hm nicotine 21 mg/24hr patch 24hr	1	
hm nicotine polacrilex (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)	1	
KLOXXADO	3	LC (2 cada 30 OVER TIME)
kls quit2 (2 mg gum, 2 mg lozenge)	1	
kls quit4 (4 mg gum, 4 mg lozenge)	1	
lofexidine hcl	5	AP, LC (224 cada 30 OVER TIME)
naloxone hcl (naloxone hcl, naloxone hcl 0.4 mg/ml solution, naloxone hcl 2 mg/2ml soln prsyr, naloxone hcl 4 mg/10ml solution)	2	
naloxone hcl 0.4 mg/ml soln prsyr	2	
naltrexone hcl	2	
nicotine (7 mg/patch, 14 mg/patch)	1	
nicotine 21 mg/24hr patch 24hr	1	
nicotine mini (2 mg, 4 mg)	1	
nicotine polacrilex (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)	1	
nicotine polacrilex mini	1	
nicotine step 1	1	
nicotine step 2	1	
nicotine step 3	1	
NICOTROL NS	4	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
ra nicotine 2 mg gum	1	
ra nicotine gum (2 mg, 4 mg)	1	
sm nicotine (2 mg lozenge, 4 mg gum, 7 mg/24hr patch 24hr, 14 mg/24hr patch 24hr)	1	
sm nicotine 21 mg/24hr patch 24hr	1	
sm nicotine polacrilex (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
varenicline tartrate (starter)	2	
varenicline tartrate 0.5 mg tab	2	
varenicline tartrate 1 mg tab	2	
varenicline tartrate(continue)	2	

ANTIBACTERIALS

amikacin sulfate 500 mg/2ml solution	2	BVD
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	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	2	
ampicillin sodium (1 gm soln, 10 gm soln)	2	BVD
ampicillin sodium 2 gm recon soln	2	BVD
ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm soln, 3 (2-1) gm soln, 15 (10-5) gm soln)	2	BVD
ARIKAYCE	5	LC (252 cada 30 dia(s))
azithromycin (100 mg/5ml, 200 mg/5ml)	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
azithromycin (500 mg tab, 600 mg tab)	2	NM
azithromycin 250 mg tab	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
azithromycin 500 mg recon soln	2	BVD, NM
aztreonam (1 gm soln, 2 gm soln)	2	BVD, NM
BAXDELA 300 MG RECON SOLN	5	LC (28 cada 14 dia(s)), BVD, NM
BAXDELA 450 MG TAB	5	LC (28 cada 14 dia(s)), NM
BICILLIN C-R	4	NM
BICILLIN C-R 900/300	4	NM
BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR)	4	NM
CAYSTON	5	AP, LC (280 cada 30 dia(s)), NM
CEFACLOR (250 MG CAP, 500 MG CAP)	2	NM
CEFACLOR ER	2	NM
cefadroxil (cefadroxil, cefadroxil 250 mg/5ml recon susp, cefadroxil 500 mg cap, cefadroxil 500 mg/5ml recon susp)	2	NM
cefazolin sodium (1 gm soln, 10 gm soln, 500 mg soln)	2	BVD, 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	BVD, NM
cefixime (cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 200 mg/5ml recon susp)	3	NM
cefixime 400 mg cap	2	LC (60 cada 30 dia(s))
cefoxitin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)	2	BVD, NM

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
cefpodoxime proxetil (cefpodoxime proxetil 50 mg/5ml recon susp, cefpodoxime proxetil 100 mg tab, cefpodoxime proxetil 200 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	BVD
CEFTAZIDIME (CEFTAZIDIME, CEFTAZIDIME 1 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 2 GM RECON SOLN)	2	BVD, NM
ceftriaxone sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln, 250 mg soln, 500 mg soln)	2	BVD, NM
cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)	3	NM
cefuroxime sodium (1.5 gm soln, 750 mg soln)	3	BVD, 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	BVD, 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	3	NM
clindamycin hcl (75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap)	2	NM
clindamycin palmitate hcl	3	NM
clindamycin phosphate (300 mg/2ml, 600 mg/4ml)	3	BVD, NM
clindamycin phosphate (9 gm/60ml, 900 mg/6ml)	3	BVD, 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml)	3	BVD, NM
colistimethate sodium (cba)	2	BVD, NM
dalbavancin hcl	4	BVD
daptomycin (daptomycin, daptomycin 350 mg recon soln)	2	BVD, NM
daptomycin 500 mg recon soln	2	LC (150 cada 30 dia(s)), BVD, NM
dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)	3	NM
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	5	LC (136 cada 10 dia(s)), NM
doxy 100	4	BVD, NM
doxycycline hyclate (50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)	2	NM
doxycycline hyclate 100 mg recon soln	4	BVD
doxycycline hyclate 20 mg tab	2	LC (60 cada 30 dia(s)), 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	2	BVD, NM
erythrocin lactobionate (erythrocin lactobionate, erythrocin lactobionate)	2	BVD, 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
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	2	
fidaxomicin	5	LC (20 cada 10 dia(s)), 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FIRVANQ 25 MG/ML RECON SOLN	3	LC (450 cada 30 dia(s))
FIRVANQ 50 MG/ML RECON SOLN	3	LC (450 cada 30 dia(s))
fosfomycin tromethamine	2	NM
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	BVD, NM
gentamicin sulfate 40 mg/ml solution	2	BVD, NM
imipenem-cilastatin (imipenem-cilastatin, imipenem-cilastatin)	3	BVD, 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	BVD, NM
linezolid 100 mg/5ml recon susp	3	NM
linezolid 600 mg tab	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
linezolid 600 mg/300ml solution	3	BVD, NM
meropenem (1 gm soln, 500 mg soln)	2	BVD, NM
methenamine hippurate	2	NM
metronidazole (250 mg tab, 375 mg cap)	2	NM
metronidazole (metronidazole 500 mg/100ml solution, metronidazole 500 mg/100ml solution)	2	BVD, NM
metronidazole 500 mg tab	2	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	3	BVD, NM
nafcillin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)	2	BVD, NM
neomycin sulfate	2	NM
nitrofurantoin (25 mg/5ml suspension, 50 mg/10ml suspension)	3	AP, 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
nitrofurantoin macrocrystal (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	3	NM
nitrofurantoin monohyd macro	3	NM
ofloxacin (ofloxacin, ofloxacin 400 mg tab)	3	NM
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE (40000 UNIT/ML SOLUTION, 60000 UNIT/ML SOLUTION)	2	BVD, NM
penicillin g potassium 20000000 unit recon soln	2	BVD, NM
PENICILLIN G SODIUM	2	BVD, 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	BVD, NM
piperacillin sod-tazobactam so 13.5 (12-1.5) gm recon ln	2	BVD, NM
SIVEXTRO 200 MG RECON SOLN	4	LC (6 cada 30 OVER TIME), BVD, NM
SIVEXTRO 200 MG TAB	4	LC (6 cada 30 OVER TIME), NM
STREPTOMYCIN SULFATE	2	BVD, NM
sulfadiazine	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
tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)	2	NM
tigecycline	2	BVD, NM
tinidazole (250 mg tab, 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
tobramycin 300 mg/5ml nebu soln	5	AP, NM
tobramycin sulfate (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	BVD, NM
TOBRAMYCIN SULFATE 1.2 GM RECON SOLN	2	NM
trimethoprim (trimethoprim, trimethoprim)	2	NM
vancomycin hcl (1 gm soln, 10 gm soln, 750 mg soln)	2	BVD, NM
vancomycin hcl (125 mg cap, 250 mg cap)	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
vancomycin hcl (50 mg/ml soln, 250 mg/5ml soln)	2	LC (450 cada 30 dia(s)), NM
vancomycin hcl 25 mg/ml recon soln	2	LC (450 cada 30 dia(s))
vancomycin hcl 500 mg recon soln	2	BVD, NM
VANCOMYCIN HCL 750 MG RECON SOLN	2	BVD
XIFAXAN 200 MG TAB	3	AP, LC (180 cada 30 dia(s)), NM
XIFAXAN 550 MG TAB	3	AP, LC (90 cada 30 dia(s)), NM

ANTICONVULSANTS

brivaracetam (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	5	LC (60 cada 30 dia(s))
brivaracetam 10 mg/ml solution	5	LC (600 cada 30 dia(s))
CARBAMAZEPINE	3	LC (240 cada 30 dia(s))
carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg tab)	2	
carbamazepine er (er 100 mg cap er, er 100 mg tab er, er 200 mg cap er, er 200 mg tab er, er 300 mg cap er, er 400 mg tab er)	2	
clobazam (10 mg tab, 20 mg tab)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
clobazam 2.5 mg/ml suspension	2	LC (480 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CLONAZEPAM (CLONAZEPAM, CLONAZEPAM 0.125 MG TAB DISP, CLONAZEPAM 0.25 MG TAB DISP, CLONAZEPAM 0.5 MG TAB, CLONAZEPAM 0.5 MG TAB DISP, CLONAZEPAM 1 MG TAB, CLONAZEPAM 1 MG TAB DISP, CLONAZEPAM 2 MG TAB, CLONAZEPAM 2 MG TAB DISP)	2	LC (300 cada 30 dia(s))
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET, 500 MG CAP, 500 MG PACKET)	4	AL, LC (300 cada 30 dia(s)), AP NSO
diazepam (10 mg gel, 20 mg gel)	2	
diazepam 2.5 mg gel	4	
DILANTIN 100 MG CAP	4	LC (300 cada 30 dia(s))
DILANTIN 125 MG/5ML SUSPENSION	4	LC (750 cada 30 dia(s))
DILANTIN 30 MG CAP	4	
DILANTIN INFATABS	4	LC (600 cada 30 dia(s))
DILANTIN-125	4	LC (750 cada 30 dia(s))
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	5	LC (900 cada 30 dia(s)), AP NSO
EPRONTIA	4	LC (480 cada 30 dia(s))
eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
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	

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FINTEPLA	5	AL, LC (360 cada 30 dia(s)), AP NSO
gabapentin (250 mg/5ml, 300 mg/6ml)	2	LC (2160 cada 30 dia(s))
gabapentin 100 mg cap	2	LC (960 cada 30 dia(s))
gabapentin 200 mg cap	4	
gabapentin 300 mg cap	2	LC (330 cada 30 dia(s))
gabapentin 400 mg cap	2	LC (270 cada 30 dia(s))
gabapentin 600 mg tab	2	LC (180 cada 30 dia(s))
gabapentin 800 mg tab	2	LC (120 cada 30 dia(s))
lacosamide (10 mg/ml, 50 mg/5ml, 100 mg/10ml)	3	LC (1200 cada 30 dia(s))
lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
LAMICTAL ODT 100 MG TAB DISP	2	LC (60 cada 30 dia(s))
LAMICTAL ODT 200 MG TAB DISP	2	LC (90 cada 30 dia(s))
lamotrigine (5 mg chew tab, 25 mg chew tab, 25 mg tab, 25 mg tab disp, 50 mg tab disp, 100 mg tab, 100 mg tab disp, 150 mg tab, 200 mg tab, 200 mg tab disp)	2	
lamotrigine 21 x 25 mg & 7 x 50 mg kit	4	LC (28 cada 180 OVER TIME)
lamotrigine 25 & 50 & 100 mg kit	4	LC (70 cada 365 OVER TIME)
lamotrigine 42 x 50 mg & 14x100 mg kit	4	LC (56 cada 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)	2	
lamotrigine starter kit-blue	4	
lamotrigine starter kit-green	4	
lamotrigine starter kit-orange	4	
levetiracetam (750 mg tab, 1000 mg tab)	2	LC (120 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
levetiracetam 100 mg/ml solution	2	LC (900 cada 30 dia(s))
levetiracetam 250 mg tab	2	LC (480 cada 30 dia(s))
levetiracetam 500 mg tab	2	LC (240 cada 30 dia(s))
levetiracetam er (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er)	3	LC (120 cada 30 dia(s))
methsuximide	3	LC (120 cada 30 dia(s))
NAYZILAM	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)	2	
oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension	3	
oxcarbazepine er 150 mg tab 24h	4	TE, LC (480 cada 30 dia(s))
oxcarbazepine er 300 mg tab 24h	4	TE, LC (240 cada 30 dia(s))
oxcarbazepine er 600 mg tab 24h	4	TE, LC (120 cada 30 dia(s))
perampanel (4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab, 10 mg tab, 12 mg tab)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
perampanel 0.5 mg/ml suspension	5	TE, LC (720 cada 30 dia(s))
perampanel 2 mg tab	3	TE, LC (30 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	2	
phenytoin sodium extended 100 mg cap	2	
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 (PRIMIDONE, PRIMIDONE 50 MG TAB, PRIMIDONE 250 MG TAB)	2	
rufinamide 200 mg tab	3	LC (120 cada 30 dia(s))
rufinamide 40 mg/ml suspension	5	LC (2400 cada 30 dia(s))
rufinamide 400 mg tab	5	LC (240 cada 30 dia(s))
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	4	TE, LC (180 cada 30 dia(s))
SUBVENITE	5	LC (1500 cada 30 dia(s))
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
SYMPAZAN 5 MG FILM	4	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
TIAGABINE HCL (TIAGABINE HCL 12 MG TAB, TIAGABINE HCL 12 MG TAB)	3	LC (120 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TIAGABINE HCL (TIAGABINE HCL 16 MG TAB, TIAGABINE HCL 16 MG TAB)	3	LC (90 cada 30 dia(s))
tiagabine hcl 2 mg tab	3	LC (840 cada 30 dia(s))
tiagabine hcl 4 mg tab	3	LC (420 cada 30 dia(s))
topiramate (15 mg cap, 25 mg cap)	2	
topiramate (25 mg/ml solution, 50 mg cap sprink)	4	
topiramate 100 mg tab	2	LC (180 cada 30 dia(s))
topiramate 200 mg tab	2	LC (60 cada 30 dia(s))
topiramate 25 mg tab	2	LC (720 cada 30 dia(s))
topiramate 50 mg tab	2	LC (360 cada 30 dia(s))
valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)	2	
VALTOCO 10 MG DOSE	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
VALTOCO 15 MG DOSE	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
VALTOCO 20 MG DOSE	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
VALTOCO 5 MG DOSE	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
vigabatrin 500 mg packet	5	LC (9000 cada 30 dia(s)), AP NSO
vigabatrin 500 mg tab	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
vigadrone 500 mg packet	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
VIGAFYDE	5	AL, LC (750 cada 30 OVER TIME), AP NSO
XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	LC (60 cada 30 dia(s))
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	5	LC (56 cada 28 dia(s))
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	5	LC (56 cada 28 dia(s))
XCOPRI (COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK)	5	LC (28 cada 28 dia(s))
XCOPRI COPRI 14 12.5 MG & 14 25 MG TAB THPK	4	LC (28 cada 28 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ZONISADE	5	AP NSO
zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	2	
ZTALMY	5	AL, LC (1080 cada 30 dia(s)), AP NSO

ANTIDEMENTIA AGENTS

donepezil hcl (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 23 mg tab)	2	
GALANTAMINE HYDROBROMIDE	3	
galantamine hydrobromide (4 mg tab, 8 mg tab, 12 mg tab)	2	
galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er, er 16 mg cap er, er 24 mg cap er)	2	
LEQEMBI IQLIK	5	AP
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE)	5	AP
memantine hcl (2 mg/ml, 10 mg/5ml)	3	
memantine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
memantine hcl er (er 7 mg cap er, er 14 mg cap er, er 21 mg cap er, er 28 mg cap er)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
rivastigmine (4.6 mg/patch, 9.5 mg/patch, 13.3 mg/patch)	2	
rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)	2	

ANTIDEPRESSANTS

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	LC (30 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
AUVELITY	5	LC (60 cada 30 dia(s))
bupropion hcl (75 mg tab, 100 mg tab)	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)	4	
bupropion hcl er (xl) (er 150 mg tab er, er 300 mg tab er)	2	
CITALOPRAM HYDROBROMIDE	3	
citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
citalopram hydrobromide (10 mg/5ml, 20 mg/10ml)	2	
clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	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	LC (60 cada 30 dia(s))
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	

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
duloxetine hcl 40 mg cp dr part	2	LC (60 cada 30 dia(s))
EMSAM (6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR)	5	LC (30 cada 30 dia(s))
escitalopram oxalate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	1	
escitalopram oxalate (escitalopram oxalate, escitalopram oxalate 5 mg/5ml solution, escitalopram oxalate 10 mg/10ml solution)	2	
EXXUA (36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	5	LC (30 cada 30 dia(s))
EXXUA 18.2 MG TAB ER 24H	5	LC (60 cada 30 dia(s))
EXXUA TITRATION PACK	5	LC (32 cada 180 OVER TIME)
FETZIMA (20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H, 120 MG CAP ER 24H)	4	LC (30 cada 30 dia(s))
FETZIMA TITRATION	4	LC (30 cada 30 dia(s))
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	LC (4 cada 28 OVER TIME)
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	
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	

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
MARPLAN 10 MG TAB	4	
mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab disp)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
mirtazapine (7.5 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	2	
NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)	2	
nortriptyline hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	2	
olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg cap, 6-25 mg cap, 6-50 mg cap, 12-25 mg cap, 12-50 mg cap)	4	
PAROXETINE HCL	2	LC (900 cada 30 dia(s))
paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	2	
paroxetine hcl er (er 12.5 mg tab er, er 37.5 mg tab er)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
paroxetine hcl er 25 mg tab 24h	2	LC (90 cada 30 dia(s))
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	4	
PHENELZINE SULFATE	2	
protriptyline hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	3	TE
RALDESY	4	
sertraline hcl (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	
sertraline hcl 20 mg/ml conc	2	LC (300 cada 30 dia(s))
tranylcypromine sulfate	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	
trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	3	TE

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)	4	LC (30 cada 30 dia(s))
VENLAFAXINE BESYLATE ER	4	
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	
vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	2	
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP, 30 MG CAP)	5	LC (28 cada 14 dia(s)), AP NSO

ANTIEMETICS

aprepitant 125 mg cap	2	LC (3 cada 30 OVER TIME), BVD
aprepitant 40 mg cap	2	LC (1 cada 30 OVER TIME), BVD
aprepitant 80 & 125 mg cap thpk	3	LC (9 cada 30 OVER TIME), BVD
aprepitant 80 mg cap	2	LC (6 cada 30 OVER TIME), BVD
dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	2	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
granisetron hcl 1 mg tab	3	BVD
hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	2	
HYDROXYZINE PAMOATE (HYDROXYZINE PAMOATE, HYDROXYZINE PAMOATE 25 MG CAP, HYDROXYZINE PAMOATE 50 MG CAP)	2	
metoclopramide hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	2	
metoclopramide hcl (5 mg/5ml, 10 mg/10ml)	2	
ondansetron 4 mg tab disp	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
ondansetron 8 mg tab disp	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
ondansetron hcl 4 mg tab	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	2	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ondansetron hcl 8 mg tab	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
promethazine hcl (12.5 mg suppos, 25 mg suppos)	2	
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, promethegan 25 mg suppos)	2	
scopolamine	3	LC (10 cada 28 OVER TIME)
VARUBI (180 MG DOSE)	4	LC (4 cada 28 OVER TIME), BVD

ANTIFUNGALS

AMPHOTERICIN B	4	BVD
amphotericin b liposome	4	BVD
caspofungin acetate (50 mg soln, 70 mg soln)	4	BVD, NM
clotrimazole (1 % cream, 1 % solution)	2	
clotrimazole 10 mg troche	2	
clotrimazole-betamethasone (clotrimazole-betamethasone, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion)	3	
CRESEMBA (74.5 MG CAP, 186 MG CAP)	5	AP
econazole nitrate	3	
fluconazole (10 mg/ml recon susp, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	3	NM
fluconazole in sodium chloride (in 200-0.9 mg/100ml-%, in 400-0.9 mg/200ml-%)	3	BVD, NM
flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)	5	NM
griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)	3	NM
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
itraconazole 10 mg/ml solution	3	NM
itraconazole 100 mg cap	2	LC (126 cada 30 dia(s)), NM
ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo)	3	
ketoconazole 200 mg tab	3	NM
klayesta	2	
micafungin sodium (50 mg soln, 100 mg soln)	2	BVD
MICONAZOLE 3	3	
NOXAFIL 300 MG PACKET	5	AP, LC (31 cada 30 dia(s)), NM
nyamyc	2	
nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment)	2	
nystatin 100000 unit/gm powder	2	
nystatin 100000 unit/ml suspension	2	NM
nystatin 500000 unit tab	2	NM
nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)	3	
nystop	2	
oxiconazole nitrate	3	
posaconazole 100 mg tab dr	5	LC (240 cada 30 dia(s))
posaconazole 40 mg/ml suspension	5	NM
terbinafine hcl 250 mg tab	2	LC (90 cada 30 dia(s)), NM
terconazole (0.4 %, 0.8 %)	2	
terconazole 80 mg suppos	2	
VORICONAZOLE	5	NM
voriconazole 200 mg recon soln	3	BVD, NM
voriconazole 200 mg tab	2	LC (90 cada 30 dia(s)), NM
voriconazole 40 mg/ml recon susp	3	LC (450 cada 30 dia(s)), NM
voriconazole 50 mg tab	2	LC (360 cada 30 dia(s)), 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANTIGOUT AGENTS		
allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)	1	
colchicine 0.6 mg tab	3	LC (120 cada 30 dia(s))
colchicine-probenecid	3	
febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
probenecid	3	
ANTIMIGRAINE AGENTS		
AJOVY 225 MG/1.5ML SOLN A-INJ	3	LC (4.5 cada 84 OVER TIME)
AJOVY 225 MG/1.5ML SOLN PRSYR	3	LC (4.5 cada 84 OVER TIME)
diclofenac potassium(migraine)	3	TE, LC (9 cada 30 OVER TIME)
dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution	3	AP
eletriptan hydrobromide 20 mg tab	2	LC (9 cada 30 OVER TIME)
eletriptan hydrobromide 40 mg tab	2	LC (9 cada 30 OVER TIME)
EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)	3	LC (5 cada 84 OVER TIME)
EMGALITY (300 MG DOSE)	3	LC (3 cada 30 OVER TIME)
frovatriptan succinate	4	TE, LC (12 cada 30 OVER TIME)
naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)	3	LC (9 cada 30 OVER TIME)
NURTEC	3	AP, LC (8 cada 30 OVER TIME)
rizatriptan benzoate (5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)	2	LC (18 cada 30 OVER TIME)
rizatriptan benzoate 5 mg tab	2	LC (18 cada 30 OVER TIME)
sumatriptan (5 mg/act, 20 mg/act)	2	TE, LC (12 cada 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	2	LC (9 cada 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)	2	LC (4 cada 30 OVER TIME)
zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)	3	LC (9 cada 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
zolmitriptan 5 mg solution	4	TE, LC (8 cada 30 OVER TIME)
ANTIMYCOBACTERIALS		
dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)	2	
ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	2	NM
isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab)	2	NM
PRETOMANID	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
pyrazinamide	2	NM
rifabutin	2	NM
rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)	3	NM
rifampin 600 mg recon soln	3	BVD, NM
rifapentine	4	LC (32 cada 28 dia(s)), NM
SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)	5	AP, NM
ANTINEOPLASTICS		
abiraterone acetate 250 mg tab	3	LC (120 cada 30 dia(s))
abirtega	3	LC (120 cada 30 dia(s))
ACTIMMUNE	5	AP NSO
AKEEGA (50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
ALECENSA	5	LC (240 cada 30 dia(s)), AP NSO
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
ALUNBRIG 30 MG TAB	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	5	LC (30 cada 180 OVER TIME), AP NSO
anastrozole	2	LC (30 cada 30 dia(s))
AUGTYRO 160 MG CAP	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
AUGTYRO 40 MG CAP	5	LC (240 cada 30 dia(s)), AP NSO
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	5	LC (66 cada 28 OVER TIME), AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
BALVERSA (3 MG TAB, 4 MG TAB, 5 MG TAB)	5	LC (84 cada 28 dia(s)), AP NSO
BEQALZI (1 MG TAB, 5 MG TAB)	5	LC (11 cada 7 dia(s)), AP NSO
BEQALZI 20 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
BEQALZI 80 MG TAB	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
BEQALZI STARTER PACK	5	LC (44 cada 180 OVER TIME), AP NSO
BESREMI	5	LC (2 cada 28 OVER TIME), AP NSO
BESREMI PEN	5	LC (2 cada 28 OVER TIME), AP NSO
bexarotene 1 % gel	5	AP NSO
bexarotene 75 mg cap	5	AP NSO
bicalutamide	2	LC (30 cada 30 dia(s))
BOSULIF (100 MG CAP, 100 MG TAB)	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
BOSULIF 50 MG CAP	5	LC (210 cada 30 dia(s)), AP NSO
BOSULIF 500 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
bosutinib 400 mg tab	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
BRAFTOVI	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
BRUKINSA 160 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
CALQUENCE 100 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
CAPRELSA (100 MG TAB, 300 MG TAB)	5	AL, LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	5	AP NSO
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	5	AP NSO
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	5	AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
COTELLIC	5	AL, LC (63 cada 28 dia(s)), AP NSO
CYCLOPHOSPHAMIDE (CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TAB, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TAB)	2	BVD
DANZITEN (71 MG TAB, 95 MG TAB)	5	AL, LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
dasatinib (50 mg tab, 70 mg tab, 80 mg tab, 100 mg tab, 140 mg tab)	4	LC (30 cada 30 dia(s))
dasatinib 20 mg tab	4	LC (90 cada 30 dia(s))
DAURISMO 100 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
DAURISMO 25 MG TAB	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
ELIGARD (7.5 MG KIT, 22.5 MG KIT, 30 MG KIT)	4	BVD
ELIGARD 45 MG KIT	5	BVD
ENSACOVE (25 MG CAP, 100 MG CAP)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
ERIVEDGE	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
ERLEADA 240 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
ERLEADA 60 MG TAB	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
erlotinib hcl 25 mg tab	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
ETCAMAH	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
EULEXIN	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
everolimus (2 mg tab, 3 mg tab, 5 mg tab)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
exemestane	2	LC (60 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FIRMAGON	4	BVD
FIRMAGON (240 MG DOSE)	5	BVD
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	5	LC (21 cada 28 OVER TIME), AP NSO
FRUZAQLA 1 MG CAP	5	LC (84 cada 28 dia(s)), AP NSO
FRUZAQLA 5 MG CAP	5	LC (21 cada 28 dia(s)), AP NSO
GAVRETO 100 MG CAP	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
gefitinib	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
GOMEKLI (1 MG CAP, 1 MG TAB SOL)	5	LC (240 cada 30 dia(s)), AP NSO
GOMEKLI 2 MG CAP	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
HERNEXEOS	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
hydroxyurea	2	
HYRNUO	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
IBRANCE (75 MG TAB, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB)	5	LC (21 cada 28 OVER TIME), AP NSO
IBTROZI	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
IDHIFA (50 MG TAB, 100 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
imatinib mesylate 100 mg tab	2	LC (90 cada 30 dia(s))
imatinib mesylate 400 mg tab	2	LC (60 cada 30 dia(s))
IMBRUVICA (70 MG CAP, 140 MG TAB, 280 MG TAB, 420 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
IMBRUVICA 140 MG CAP	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	5	LC (216 cada 30 dia(s)), AP NSO
IMKELDI	5	LC (300 cada 30 dia(s)), AP NSO
INLURIYO	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
INLYTA 1 MG TAB	5	LC (600 cada 30 dia(s)), AP NSO
INLYTA 5 MG TAB	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
INQOVI	5	LC (5 cada 28 OVER TIME), AP NSO
INREBIC	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
ITOVEBI 3 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
ITOVEBI 9 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
IWILFIN	5	LC (240 cada 30 dia(s)), AP NSO
JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
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	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
JAYPIRCA 100 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
JAYPIRCA 50 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
JIDEYTRO 100 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
JIDEYTRO 25 MG TAB	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
KISQALI (200 MG DOSE)	5	LC (63 cada 28 dia(s)), AP NSO
KISQALI (400 MG DOSE)	5	LC (63 cada 28 dia(s)), AP NSO
KISQALI (600 MG DOSE)	5	LC (63 cada 28 dia(s)), AP NSO
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	5	LC (49 cada 28 dia(s)), AP NSO
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	5	LC (70 cada 28 dia(s)), AP NSO
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	5	LC (91 cada 28 dia(s)), AP NSO
KOMZIFTI	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
KOSELUGO (10 MG CAP, 25 MG CAP)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	5	LC (600 cada 30 dia(s)), AP NSO
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	5	LC (360 cada 30 dia(s)), AP NSO
KRAZATI	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
lapatinib ditosylate	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
LAZCLUZE 240 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
LAZCLUZE 80 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
LEDERLE LEUCOVORIN	3	
lenalidomide (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap)	5	AL, LC (28 cada 28 dia(s)), AP NSO
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
letrozole	2	LC (30 cada 30 dia(s))
leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)	3	
LEUKERAN	5	AP NSO
leuprolide acetate	3	
LIFYORLI (125 MG DOSE)	5	LC (18 cada 28 OVER TIME), AP NSO
LIFYORLI (150 MG DOSE)	5	LC (28 cada 28 OVER TIME), AP NSO
lomustine (40 mg cap, 100 mg cap)	5	AP NSO
lomustine 10 mg cap	3	AP NSO
LONSURF (15-6.14 MG TAB, 20-8.19 MG TAB)	5	LC (80 cada 28 dia(s)), AP NSO
LORBRENA 100 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
LORBRENA 25 MG TAB	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
LUMAKRAS 120 MG TAB	5	LC (240 cada 30 dia(s)), AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
LUMAKRAS 240 MG TAB	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
LUMAKRAS 320 MG TAB	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
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)	5	BVD
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	BVD
LUTRATE DEPOT	4	BVD
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
LYSODREN	5	
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	5	LC (150 cada 30 dia(s)), AP NSO
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	5	LC (150 cada 30 dia(s)), AP NSO
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	5	LC (150 cada 30 dia(s)), AP NSO
MATULANE	5	
megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab)	2	
megestrol acetate (40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	2	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	5	LC (1200 cada 30 dia(s)), AP NSO
MEKINIST 0.5 MG TAB	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
MEKINIST 2 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
MEKTOVI	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension	5	LC (300 cada 30 dia(s)), AP NSO
mercaptopurine 50 mg tab	2	
mesna 400 mg tab	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	
METHOTREXATE SODIUM 250 MG/10ML SOLUTION	2	BVD
METHOTREXATE SODIUM 50 MG/2ML SOLUTION	2	BVD
MIMRYLO (9.5 MG RECON SOLN, 19 MG RECON SOLN, 28 MG RECON SOLN, 41 MG RECON SOLN, 54 MG RECON SOLN)	5	LC (8 cada 28 OVER TIME), AP NSO
MODEYSO	5	AL, LC (20 cada 28 OVER TIME), AP NSO
NERLYNX	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
nilotinib hcl (50 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
NILUTAMIDE (NILUTAMIDE, NILUTAMIDE)	5	
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	5	LC (3 cada 28 OVER TIME), AP NSO
NUBEQA	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
ODOMZO	5	AL, LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
OGSIVEO (100 MG TAB, 150 MG TAB)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
OJEMDA 100 MG TAB	5	LC (24 cada 28 OVER TIME), AP NSO
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	5	LC (96 cada 28 OVER TIME), AP NSO
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	5	LC (14 cada 28 OVER TIME), AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ORGOVYX	5	LC (32 cada 30 dia(s)), AP NSO
ORSERDU 345 MG TAB	5	AL, LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
ORSERDU 86 MG TAB	5	AL, LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
PANRETIN	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
pazopanib hcl	5	AP NSO
PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB)	5	AL, AP NSO
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)	5	LC (21 cada 28 dia(s)), AP NSO
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	5	LC (21 cada 28 OVER TIME), AP NSO
QINLOCK	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
RASONQUE 100 MG TAB	5	LC (90 TAB cada 30 dia(s)), AP NSO
RASONQUE 150 MG TAB	5	LC (60 TAB cada 30 dia(s)), AP NSO
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
RETEVMO 40 MG TAB	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
RETEVMO 80 MG TAB	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
REVUFORJ 110 MG TAB	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
REVUFORJ 160 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
REVUFORJ 25 MG TAB	5	LC (240 cada 30 dia(s)), AP NSO
REZLIDHIA	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	5	LC (8 cada 28 OVER TIME), AP NSO
ROZLYTREK 100 MG CAP	5	LC (150 cada 30 dia(s)), AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ROZLYTREK 200 MG CAP	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
ROZLYTREK 50 MG PACKET	5	LC (360 cada 30 dia(s)), AP NSO
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
RYDAPT	5	LC (240 cada 30 dia(s)), AP NSO
SCEMBLIX 100 MG TAB	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
SCEMBLIX 20 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
SCEMBLIX 40 MG TAB	5	LC (300 cada 30 dia(s)), AP NSO
SOLTAMOX	4	
sorafenib tosylate	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
STIVARGA	5	LC (84 cada 21 dia(s)), AP NSO
sunitinib malate (25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
sunitinib malate 12.5 mg cap	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
TABLOID	5	AP NSO
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	5	LC (900 cada 30 dia(s)), AP NSO
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	5	AL, LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
TALZENNA 0.25 MG CAP	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)	2	
TEPMETKO	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
THALOMID 100 MG CAP	5	LC (120 cada 30 dia(s))
THALOMID 50 MG CAP	5	LC (240 cada 30 dia(s))
TIBSOVO	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
toremifene citrate	4	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
torpenz (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	5	AL, LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
TRELSTAR MIXJECT (3.75 MG RECON SUSP, 11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP)	4	BVD
tretinoin 10 mg cap	5	LC (360 cada 30 dia(s))
TREXALL (5 MG TAB, 7.5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB)	3	
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	5	LC (64 cada 28 OVER TIME), AP NSO
TUKYSA (50 MG TAB, 150 MG TAB)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
TURALIO 125 MG CAP	5	AL, LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
VANFLYTA 17.7 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
VANFLYTA 26.5 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
VENCLEXTA 10 MG TAB	4	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
VENCLEXTA 100 MG TAB	5	LC (240 cada 40 dia(s)), AP NSO
VENCLEXTA 50 MG TAB	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
VEPPANU 100 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
VEPPANU 200 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
VERZENIO (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
VITRAKVI 100 MG CAP	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	5	LC (300 cada 30 dia(s)), AP NSO
VITRAKVI 25 MG CAP	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
VONJO	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
VORANIGO 10 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
VORANIGO 40 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
WELIREG	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 50 MG CAP SPRINK)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
XALKORI (200 MG CAP, 250 MG CAP)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
XOSPATA	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)	5	LC (8 cada 28 OVER TIME), AP NSO
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 TAB THPK	5	LC (16 cada 28 OVER TIME), AP NSO
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	5	LC (4 cada 28 OVER TIME), AP NSO
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	5	LC (8 cada 28 OVER TIME), AP NSO
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	5	LC (4 cada 28 OVER TIME), AP NSO
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	5	LC (24 cada 28 OVER TIME), AP NSO
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 TAB THPK	5	LC (8 cada 28 OVER TIME), AP NSO
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	5	LC (4 cada 28 OVER TIME), AP NSO
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	5	LC (32 cada 28 OVER TIME), AP NSO
XTANDI (40 MG CAP, 40 MG TAB, 80 MG TAB)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
YONSA	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
yulithira (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	4	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
ZELBORAF	5	LC (240 cada 30 dia(s)), AP NSO
ZENBEXUS (0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ZOLINZA	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
ZYKADIA	5	LC (150 cada 30 dia(s)), AP NSO

ANTIPARASITICS

albendazole	2	
atovaquone	2	NM
atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)	2	NM
chloroquine phosphate (chloroquine phosphate, chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 500 mg tab)	2	NM
COARTEM	4	LC (24 cada 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
ivermectin 3 mg tab	2	NM
KRINTAFEL	4	LC (4 cada 30 OVER TIME), NM
LAMPIT (30 MG TAB, 120 MG TAB)	4	AP, NM
mefloquine hcl	2	NM
nitazoxanide	4	LC (20 cada 10 dia(s)), NM
pentamidine isethionate	2	BVD, NM
praziquantel	3	NM
primaquine phosphate (primaquine phosphate, primaquine phosphate)	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
pyrimethamine	5	AP
quinine sulfate	3	NM
ANTIPARKINSON AGENTS		
amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution)	2	
amantadine hcl 100 mg cap	2	LC (120 cada 30 dia(s))
apomorphine hcl	5	AP
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	2	
bromocriptine mesylate 2.5 mg tab	3	
bromocriptine mesylate 5 mg cap	2	
carbidopa	3	
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	LC (360 cada 30 dia(s))
CARBIDOPA-LEVODOPA ER 23.75-95 MG CAP	3	LC (750 cada 30 dia(s))
CARBIDOPA-LEVODOPA ER 36.25-145 MG CAP	3	LC (480 cada 30 dia(s))
CARBIDOPA-LEVODOPA ER 48.75-195 MG CAP	3	LC (360 cada 30 dia(s))
CARBIDOPA-LEVODOPA ER 61.25-245 MG CAP	3	LC (300 cada 30 dia(s))
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	2	
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	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	LC (30 cada 30 dia(s))
pramipexole dihydrochloride er (er 0.75 mg tab er, er 1.5 mg tab er)	3	LC (90 cada 30 dia(s))
rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	2	
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)	2	LC (90 cada 30 dia(s))
selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)	2	
trihexyphenidyl hcl (2 mg tab, 5 mg tab)	2	LC (150 cada 30 dia(s))
trihexyphenidyl hcl 0.4 mg/ml solution	2	

ANTIPSYCHOTICS

ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML PRSYR	5	LC (2.4 cada 56 OVER TIME), BVD
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML PRSYR	5	LC (3.2 cada 56 OVER TIME), BVD
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	5	LC (2 cada 28 OVER TIME), BVD
aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
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	LC (900 cada 30 dia(s))
ARISTADA 1064 MG/3.9ML PRSYR	5	LC (3.9 cada 56 OVER TIME), BVD
ARISTADA 441 MG/1.6ML PRSYR	5	LC (1.6 cada 28 OVER TIME), BVD
ARISTADA 662 MG/2.4ML PRSYR	5	LC (2.4 cada 28 OVER TIME), BVD
ARISTADA 882 MG/3.2ML PRSYR	5	LC (3.2 cada 28 OVER TIME), 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ARISTADA INITIO	5	LC (2.4 cada 28 OVER TIME), BVD
asenapine maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	2	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
BYSANTI (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
BYSANTI TITRATION PACK A	5	AP, LC (8 cada 180 OVER TIME)
BYSANTI TITRATION PACK B	5	AP, LC (12 cada 180 OVER TIME)
BYSANTI TITRATION PACK C	5	AP, LC (8 cada 180 dia(s))
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
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	
clozapine (100 mg tab, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp)	3	LC (180 cada 30 dia(s))
clozapine (12.5 mg tab disp, 25 mg tab disp, 100 mg tab disp)	3	LC (270 cada 30 dia(s))
clozapine (25 mg tab, 50 mg tab)	3	LC (90 cada 30 dia(s))
clozapine 200 mg tab	3	LC (135 cada 30 dia(s))
COBENFY (50-20 MG CAP, 100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
COBENFY STARTER PACK	5	LC (56 cada 180 OVER TIME), AP NSO
compro	2	
EQUETRO (100 MG CAP ER 12H, 200 MG CAP ER 12H, 300 MG CAP ER 12H)	4	LC (180 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	5	LC (0.75 cada 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	5	LC (1 cada 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	5	LC (1.5 cada 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	5	LC (2.25 cada 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	4	LC (0.25 cada 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	5	LC (0.5 cada 28 OVER TIME), BVD
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
FANAPT TITRATION PACK A	4	LC (8 cada 30 OVER TIME), AP NSO
FANAPT TITRATION PACK B	4	LC (8 cada 30 OVER TIME), AP NSO
FANAPT TITRATION PACK C	4	LC (8 cada 30 OVER TIME), AP NSO
fluphenazine decanoate	2	BVD
fluphenazine hcl (fluphenazine hcl 5 mg tab, fluphenazine hcl 10 mg tab, fluphenazine hcl 5 mg/ml conc, fluphenazine hcl 1 mg tab, fluphenazine hcl 2.5 mg/5ml elixir, fluphenazine hcl 2.5 mg tab)	2	
FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION	2	BVD
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
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	5	LC (3.5 cada 180 OVER TIME), 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	5	LC (5 cada 180 OVER TIME), BVD
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	LC (0.88 cada 90 OVER TIME), BVD
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	5	LC (1.32 cada 90 OVER TIME), BVD
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	5	LC (1.75 cada 90 OVER TIME), BVD
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	5	LC (2.63 cada 90 OVER TIME), BVD
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	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
MOLINDONE HCL (5 MG TAB, 10 MG TAB, 25 MG TAB)	2	LC (270 cada 30 dia(s))
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
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	LC (30 cada 30 dia(s))
olanzapine 10 mg recon soln	2	BVD
OPIPZA 10 MG FILM	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
OPIPZA 2 MG FILM	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
OPIPZA 5 MG FILM	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
paliperidone er (er 1.5 mg tab er, er 3 mg tab er, er 9 mg tab er)	2	LC (30 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
paliperidone er 6 mg tab 24h	2	LC (60 cada 30 dia(s))
perphenazine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab)	2	
pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)	2	
prochlorperazine	2	
prochlorperazine maleate (5 mg tab, 10 mg tab)	2	
QUETIAPINE FUMARATE (QUETIAPINE FUMARATE, QUETIAPINE FUMARATE 25 MG TAB, QUETIAPINE FUMARATE 50 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	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
RISPERIDONE	2	LC (30 cada 30 dia(s))
risperidone (0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
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 1 mg/ml solution	2	LC (240 cada 30 dia(s))
risperidone microspheres er (er 12.5 mg, er 25 mg)	3	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	TE, LC (30 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	
trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	2	
UZEDY 100 MG/0.28ML SUSP PRSYR	5	LC (0.28 cada 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 125 MG/0.35ML SUSP PRSYR	5	LC (0.35 cada 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 150 MG/0.42ML SUSP PRSYR	5	LC (0.42 cada 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 200 MG/0.56ML SUSP PRSYR	5	LC (0.56 cada 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 250 MG/0.7ML SUSP PRSYR	5	LC (0.7 cada 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 50 MG/0.14ML SUSP PRSYR	5	LC (0.14 cada 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 75 MG/0.21ML SUSP PRSYR	5	LC (0.21 cada 28 OVER TIME), BVD
VERSACLOZ	5	LC (600 cada 30 dia(s)), AP NSO
VRAYLAR (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	2	
ziprasidone mesylate	2	BVD

ANTIVIRALS

abacavir sulfate 20 mg/ml solution	3	
abacavir sulfate 300 mg tab	3	LC (180 cada 30 dia(s))
abacavir sulfate-lamivudine	2	LC (30 cada 30 dia(s))
acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	3	
acyclovir 5 % ointment	3	
acyclovir sodium	3	BVD
adefovir dipivoxil	3	LC (30 cada 30 dia(s))
APTIVUS	5	LC (120 cada 30 dia(s))
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	4	NM
BIKTARVY 30-120-15 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
BIKTARVY 50-200-25 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s))
CIMDUO	5	LC (30 cada 30 dia(s))
darunavir 600 mg tab	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
darunavir 800 mg tab	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
DELSTRIGO	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
DOVATO	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
EDURANT PED	5	LC (180 cada 30 dia(s))
efavirenz	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
efavirenz-emtricitab-tenofo df	2	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
efavirenz-lamivudine-tenofovir (efavirenz-lamivudine-tenofovir, efavirenz-lamivudine-tenofovir)	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
emtricitab-rilpivir-tenofov df	5	
emtricitabine	3	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)	2	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	4	LC (720 cada 30 dia(s)), NM
entecavir 0.5 mg tab	3	LC (30 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
entecavir 1 mg tab	3	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
etravirine (100 mg tab, 200 mg tab)	4	NM
EVOTAZ	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)	2	NM
fosamprenavir calcium	4	NM
GENVOYA	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
IDVYNSO	5	LC (30 cada 30 dia(s))
INTELENCE 25 MG TAB	4	NM
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	5	LC (180 cada 30 dia(s)), NM
ISENTRESS 100 MG PACKET	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	4	LC (180 cada 30 dia(s)), NM
ISENTRESS 400 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
ISENTRESS HD	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
JULUCA	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
lamivudine (10 mg/ml, 300 mg/30ml)	3	NM
lamivudine (100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
lamivudine-zidovudine	3	NM
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	5	AP, LC (168 cada 365 OVER TIME)
LIVTENCITY	5	AP, LC (336 cada 28 dia(s))
lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab	3	LC (300 cada 30 dia(s)), NM
lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
maraviroc (150 mg tab, 300 mg tab)	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
MAVYRET 100-40 MG TAB	5	AP, LC (84 cada 28 dia(s))
MAVYRET 50-20 MG PACKET	5	AP, LC (140 cada 28 dia(s))
NEVIRAPINE	3	LC (1200 cada 30 dia(s)), NM
nevirapine	3	LC (60 cada 30 dia(s)), 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
nevirapine er	3	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
ODEFSEY	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
oseltamivir phosphate 30 mg cap	3	LC (84 cada 180 OVER TIME), NM
oseltamivir phosphate 45 mg cap	3	LC (42 cada 180 OVER TIME), NM
oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp	3	
oseltamivir phosphate 75 mg cap	3	LC (42 cada 180 OVER TIME), NM
PAXLOVID (150/100)	3	LC (30 cada 60 OVER TIME), NM
PAXLOVID (300/100 & 150/100)	2	LC (11 cada 60 OVER TIME), NM
PAXLOVID (300/100)	3	LC (30 cada 60 OVER TIME), NM
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (4 cada 30 OVER TIME), NM
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME), NM
PIFELTRO	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
PREVYMIS (20 MG PACKET, 120 MG PACKET)	5	LC (800 cada 365 OVER TIME), AP NSO
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	5	LC (200 cada 365 OVER TIME), AP NSO
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	5	LC (360 cada 30 dia(s)), NM
PREZISTA 150 MG TAB	5	LC (180 cada 30 dia(s)), NM
PREZISTA 75 MG TAB	4	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
RELENZA DISKHALER	4	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
REYATAZ 50 MG PACKET	5	LC (240 cada 30 dia(s)), NM
RIBAVIRIN 200 MG CAP	3	LC (210 cada 30 dia(s)), NM
RIBAVIRIN 200 MG TAB	3	LC (210 cada 30 dia(s)), NM
rilpivirine hcl	5	LC (60 cada 30 dia(s)), 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ritonavir	3	LC (450 cada 30 dia(s)), NM
RUKOBIA	5	LC (60 cada 30 dia(s))
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
STRIBILD	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
SUNLENCA 300 MG TAB	5	LC (5 cada 28 OVER TIME), NM
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	5	LC (4 cada 180 OVER TIME), NM
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	5	LC (5 cada 180 OVER TIME), NM
SYMTUZA	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
tenofovir disoproxil fumarate	2	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
TIVICAY 50 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
TIVICAY PD	5	LC (180 cada 30 dia(s))
TRIUMEQ	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
TRIUMEQ PD	5	LC (180 cada 30 dia(s))
valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
valganciclovir hcl 450 mg tab	2	LC (90 cada 30 dia(s)), NM
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	3	NM
VEMLIDY	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
VIRACEPT (250 MG TAB, 625 MG TAB)	5	NM
VIREAD (150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
VIREAD 40 MG/GM POWDER	5	NM
VOSEVI	5	AP, LC (28 cada 28 dia(s))
XOFLUZA (40 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	4	LC (8 cada 365 OVER TIME), NM
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	4	LC (8 cada 365 OVER TIME), NM
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 2 40 TAB THPK	4	LC (8 cada 365 OVER TIME), NM
zidovudine (50 mg/5ml syrup, 100 mg cap, 300 mg tab)	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANXIOLYTICS		
alprazolam (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp)	3	LC (150 cada 30 dia(s))
alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	2	LC (150 cada 30 dia(s))
alprazolam er (er 0.5 mg tab er, er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er)	3	LC (90 cada 30 dia(s))
ALPRAZOLAM INTENSOL	2	LC (300 cada 30 dia(s))
alprazolam xr (0.5 mg tab er, 1 mg tab er, 2 mg tab er, 3 mg tab er)	3	LC (90 cada 30 dia(s))
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	LC (90 cada 30 dia(s))
clorazepate dipotassium 15 mg tab	3	LC (180 cada 30 dia(s))
diazepam (2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	2	LC (120 cada 30 dia(s))
diazepam 5 mg/5ml solution	2	LC (1200 cada 30 dia(s))
diazepam 5 mg/ml conc	2	LC (240 cada 30 dia(s))
diazepam intensol	2	LC (240 cada 30 dia(s))
lorazepam (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	2	LC (150 cada 30 dia(s))
lorazepam 2 mg/ml conc	2	LC (150 cada 30 dia(s))
lorazepam intensol	2	LC (150 cada 30 dia(s))
BIPOLAR AGENTS		
MOOD STABILIZERS		
lithium	2	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ANTIDIABETIC AGENTS

acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	LC (90 cada 30 dia(s))
ALOGLIPTIN BENZOATE (6.25 MG TAB, 12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
ALOGLIPTIN-METFORMIN HCL (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)	1	LC (60 cada 30 dia(s))
ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE (12.5-30 MG TAB, 25-15 MG TAB, 25-30 MG TAB, 25-45 MG TAB)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
dapagliflozin base-metformin er (er 10-1000 mg tab er, er 10-500 mg tab er)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
dapagliflozin base-metformin er (er 5-1000 mg tab er, er 5-500 mg tab er)	1	LC (60 cada 30 dia(s))
dapagliflozin (5 mg tab, 10 mg tab)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
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	
glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	1	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	1	LC (120 cada 30 dia(s))
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
JANUMET XR (50-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
JANUMET XR 100-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (30 cada 30 dia(s))
JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
JENTADUETO 2.5-1000 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
JENTADUETO 2.5-500 MG TAB	3	LC (120 cada 30 dia(s))
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (60 cada 30 dia(s))
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (30 cada 30 dia(s))
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	
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	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)
nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)	1	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) (MG/3ML SOLN PEN	3	AP, LC (3 cada 28 OVER TIME)
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	3	AP, LC (3 cada 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
OZEMPIC (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	3	AP, LC (3 cada 28 OVER TIME)
pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)	1	LC (90 cada 30 dia(s))
repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	1	
saxagliptin hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
saxagliptin-metformin er (er 5-1000 mg tab er, er 5-500 mg tab er)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
saxagliptin-metformin er 2.5-1000 mg tab 24h	1	LC (60 cada 30 dia(s))
SEGLUROMET (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 7.5-1000 MG TAB, 7.5-500 MG TAB)	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER (ER 50-1000 MG TAB ER 24H, ER 50-500 MG TAB ER 24H)	1	LC (60 cada 30 dia(s))
SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER 100-1000 MG TAB 24H	1	LC (30 cada 30 dia(s))
SITAGLIPTIN (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN HCL (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	1	LC (60 cada 30 dia(s))
SOLIQUA	3	LC (18 cada 30 OVER TIME), $35
STEGLATRO (5 MG TAB, 15 MG TAB)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
SYNJARDY (5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
SYNJARDY XR (5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H)	3	LC (60 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (30 cada 30 dia(s))
TRADJENTA	3	LC (30 cada 30 dia(s))
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	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME)
XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
XIGDUO XR (5-500 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
GLYCEMIC AGENTS		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
diazoxide	5	
glucagon emergency (glucagon emergency, glucagon emergency 1 mg recon soln)	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK (0.5 MG/0.1ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.2ML SOLN A-INJ)	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK (0.5 MG/0.1ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.2ML SOLN A-INJ)	3	
GVOKE KIT	3	
GVOKE PFS 1 MG/0.2ML SOLN PRSYR	3	
mifepristone 300 mg tab	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
INSULINS		
FIASP	3	$35

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FIASP FLEXTOUCH	3	$35
FIASP PENFILL	3	$35
HUMALOG (100 UNIT/ML SOLN CART, 100 UNIT/ML SOLUTION)	3	$35
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	$35
HUMALOG KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	3	$35
HUMALOG KWIKPEN KWIK200 UNIT/ML SOLN	3	$35
HUMALOG MIX 50/50	3	$35
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	$35
HUMALOG MIX 75/25	3	$35
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	$35
HUMULIN 70/30	3	$35
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	$35
HUMULIN N	3	$35
HUMULIN N KWIKPEN	3	$35
HUMULIN R	3	$35
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	$35
INSULIN LISPRO	3	$35
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)	3	$35
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	3	$35
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO	3	$35
LANTUS	3	LC (120 cada 30 dia(s)), $35
LANTUS SOLOSTAR	3	LC (120 cada 30 dia(s)), $35
NOVOLIN 70/30	3	$35
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	3	$35
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	3	$35
NOVOLIN 70/30 RELION	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
NOVOLIN N	3	$35
NOVOLIN N FLEXPEN	3	$35
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	3	$35
NOVOLIN N RELION	3	
NOVOLIN R	3	$35
NOVOLIN R FLEXPEN	3	$35
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	3	$35
NOVOLIN R RELION	3	
NOVOLOG	3	$35
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION	3	$35
NOVOLOG FLEXPEN	3	$35
NOVOLOG FLEXPEN RELION	3	$35
NOVOLOG MIX 70/30	3	$35
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	3	$35
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	3	$35
NOVOLOG PENFILL	3	$35
NOVOLOG RELION	3	$35
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	LC (30 cada 30 dia(s)), $35
TOUJEO SOLOSTAR	3	LC (45 cada 30 dia(s)), $35

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ANTICOAGULANTS

dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap)	4	LC (60 cada 30 dia(s))
ELIQUIS (1.5 MG PACK)	3	LC (448 cada 28 dia(s))
ELIQUIS (2 MG PACK)	3	LC (448 cada 28 dia(s))
ELIQUIS 0.15 MG CAP SPRINK	3	LC (70 cada 28 dia(s))
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	3	LC (448 cada 28 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ELIQUIS 2.5 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
ELIQUIS 5 MG TAB	3	LC (74 cada 30 dia(s))
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	3	LC (74 cada 180 OVER TIME)
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)	2	
fondaparinux sodium (5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml, 10 mg/0.8ml)	5	LC (30 cada 30 dia(s))
fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution	3	LC (30 cada 30 dia(s))
heparin sodium (porcine) (5000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml)	2	
heparin sodium (porcine) +rfid	2	
heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml solution	2	
heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution	3	
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	
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	
XARELTO (10 MG TAB, 20 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	3	LC (600 cada 30 dia(s))
XARELTO 15 MG TAB	3	LC (42 cada 30 dia(s))
XARELTO 2.5 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
XARELTO STARTER PACK	3	LC (102 cada 365 OVER TIME)
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER		
anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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, 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
ARANESP (ALBUMIN FREE) 200 MCG/ML SOLUTION	5	BVD
ARMLUPEG	5	AP
eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 25 mg packet)	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
eltrombopag olamine (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
eltrombopag olamine 75 mg tab	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
EPOGEN (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION)	4	BVD
FULPHILA	5	BVD
FYLNETRA	5	AP
GRANIX (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	5	BVD
LEUKINE	5	AP
MULPLETA 3 MG TAB	5	AP, LC (7 cada 30 OVER TIME)
NEULASTA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
NEUPOGEN (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	5	AP
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	5	AP
RELEUKO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	5	AP
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	5	AP
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	AP
ZIEXTENZO	5	AP
HEMOSTASIS AGENTS		
tranexamic acid 650 mg tab	3	LC (30 cada 30 dia(s))
PLATELET MODIFYING AGENTS		
aspirin-dipyridamole er	2	LC (60 cada 30 dia(s))
CABLIVI	5	AP, LC (31 cada 30 dia(s))
cilostazol (50 mg tab, 100 mg tab)	2	
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	1	LC (30 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
prasugrel hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
TAVALISSE (100 MG TAB, 150 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)	2	LC (60 cada 30 dia(s))

CARDIOVASCULAR AGENTS

ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS

droxidopa (200 mg cap, 300 mg cap)	4	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
droxidopa 100 mg cap	3	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	2	

ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS

phenoxybenzamine hcl	5	AP, LC (3600 cada 30 dia(s))
terazosin hcl 10 mg cap	1	LC (60 cada 30 dia(s))

ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS

candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)	1	
irbesartan (75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)	1	
losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	
olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	1	
valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab)	1	

ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS

benazepril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
captopril (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	
enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	1	
moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 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	
trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	1	
ANTIARRHYTHMICS		
amiodarone hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)	1	
digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)	2	
DIGOXIN (DIGOXIN, DIGOXIN 0.05 MG/ML SOLUTION)	2	
digoxin 62.5 mcg tab	3	
dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)	2	
flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	2	
mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)	3	
MULTAQ	3	
pacerone 100 mg tab	2	
pacerone 200 mg tab	3	
propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)	2	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
propafenone hcl er (er 225 mg cap er, er 325 mg cap er, er 425 mg cap er)	2	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	2	NM
sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)	3	
sotalol hcl (af) (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)	3	
sotalol hcl 80 mg tab	3	
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)	2	
atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	2	
betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)	2	
BISOPROLOL FUMARATE (BISOPROLOL FUMARATE, BISOPROLOL FUMARATE 5 MG TAB, BISOPROLOL FUMARATE 10 MG TAB)	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	
nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	3	
nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 20 mg tab)	2	LC (90 cada 30 dia(s))
nebivolol hcl 10 mg tab	2	LC (120 cada 30 dia(s))
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	

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
propranolol hcl (propranolol hcl, propranolol hcl 20 mg/5ml solution)	2	
propranolol hcl er (er 60 mg cap er, er 80 mg cap er, er 120 mg cap er, er 160 mg cap er)	2	
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 besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	1	
cartia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er, 300 mg cap er)	2	
dilt-xr (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er)	2	
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	
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	

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	5	LC (1800 cada 30 dia(s))
nimodipine	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	
NYMALIZE	5	LC (1800 cada 30 dia(s))
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	
verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)	1	
verapamil hcl er (er 120 mg cap er 24h, er 120 mg tab er, er 180 mg cap er 24h, er 180 mg tab er, er 240 mg cap er 24h, er 240 mg tab er)	2	
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)	2	
acetazolamide er	2	
AMILORIDE-HYDROCHLOROTHIAZIDE	2	
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-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)	1	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)	1	
atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)	2	
benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)	2	
candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)	1	
EDARBYCLOR (40-12.5 MG TAB, 40-25 MG TAB)	4	
enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)	1	
ENTRESTO (6-6 MG CAP SPRINK, 15-16 MG CAP SPRINK)	3	LC (240 cada 30 dia(s))
FILSPARI (200 MG TAB, 400 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	1	
irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)	1	
ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	4	LC (60 cada 30 dia(s))
lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	1	
losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)	1	
metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	3	
metyrosine	5	AP
olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	
pentoxifylline er	2	
ranolazine er (er 500 mg tab er, er 1000 mg tab er)	2	LC (120 cada 30 dia(s))
sacubitril-valsartan (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
sacubitril-valsartan 24-26 mg tab	3	LC (180 cada 30 dia(s))
spironolactone-hctz	2	
TELMISARTAN-AMLODIPINE (40-10 MG TAB, 40-5 MG TAB, 80-10 MG TAB, 80-5 MG TAB)	1	
telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)	1	
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	
triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 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	
VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
DIURETICS		
amiloride hcl	2	
bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	1	
chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)	2	
ethacrynic acid	4	AP, LC (480 cada 30 dia(s))
furosemide (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	1	
furosemide 10 mg/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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION	2	
FUROSEMIDE 8 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	
torsemide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)	2	
triamterene (50 mg cap, 100 mg cap)	3	LC (90 cada 30 dia(s))
DYSLIPIDEMICS		
ALTOPREV (20 MG TAB ER 24H, 40 MG TAB ER 24H, 60 MG TAB ER 24H)	4	LC (30 cada 30 dia(s))
atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	1	
cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	2	
cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	2	LC (1195 cada 30 dia(s))
colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)	2	LC (180 cada 30 dia(s))
colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)	2	LC (900 cada 30 dia(s))
colestipol hcl 1 gm tab	2	LC (480 cada 30 dia(s))
ezetimibe	1	LC (30 cada 30 dia(s))
ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
fenofibrate (48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap, 134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap)	1	LC (60 cada 30 dia(s))
fenofibrate micronized (43 mg cap, 67 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap)	1	LC (60 cada 30 dia(s))
fenofibric acid (45 mg cap dr, 135 mg cap dr)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)	1	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
gemfibrozil	2	LC (60 cada 30 dia(s))
icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)	2	LC (120 cada 30 dia(s))
JUXTAPID (2 MG CAP, 5 MG CAP, 10 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
NEXLETOL	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
NEXLIZET	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
niacin er (antihyperlipidemic) (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er, er 1000 mg tab er)	2	LC (120 cada 30 dia(s))
omega-3-acid ethyl esters	2	LC (120 cada 30 dia(s))
pitavastatin calcium (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	1	TE
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	1	
prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	3	LC (1195 cada 30 dia(s))
REPATHA	3	AP, LC (3 cada 30 OVER TIME)
REPATHA SURECLICK	3	AP, LC (3 cada 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	
TRYNGOLZA (50 MG/0.8ML SOLN A-INJ, 80 MG/0.8ML SOLN A-INJ)	5	AP
MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS		
eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)	2	
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	4	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	2	
VASODILATORS		
hydralazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	
minoxidil (2.5 mg tab, 10 mg tab)	2	
nitro-bid	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	2	LC (30 cada 30 OVER TIME)
nitroglycerin 0.4 mg/spray solution	2	
NITROLINGUAL	3	
sildenafil citrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	2	LC (6 cada 30 dia(s)), PG, CB (72 / 365 dia(s)), EX

AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS

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	LC (60 cada 30 dia(s))
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	LC (60 cada 30 dia(s))
ATOMOXETINE HCL	2	LC (750 cada 30 dia(s))
atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
clonidine hcl er	1	LC (120 cada 30 dia(s))
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	LC (60 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
dextroamphetamine sulfate er (er 10 mg cap er, er 15 mg cap er)	3	LC (120 cada 30 dia(s))
dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap 24h	3	LC (60 cada 30 dia(s))
guanfacine hcl er (er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er, er 4 mg tab er)	2	
lisdexamfetamine dimesylate (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap, 70 mg cap)	3	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
methylphenidate (10 mg/9hr patch, 15 mg/9hr patch, 20 mg/9hr patch, 30 mg/9hr patch)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
methylphenidate hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	3	LC (90 cada 30 dia(s))
methylphenidate hcl 10 mg/5ml solution	3	LC (900 cada 30 dia(s))
methylphenidate hcl 5 mg/5ml solution	3	LC (1800 cada 30 dia(s))
WEGOVY (0.25 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 0.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	3	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)
WEGOVY (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB, 25 MG TAB)	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
WEGOVY (1.7 MG/0.75ML SOLN A-INJ, 2.4 MG/0.75ML SOLN A-INJ)	3	AP, LC (3 cada 28 OVER TIME)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER		
AUSTEDO (6 MG TAB, 9 MG TAB, 12 MG TAB)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
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	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR (6 MG TAB ER 24H, 12 MG TAB ER 24H)	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK	5	AP, LC (28 cada 180 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 6 & 12 & 24 MG TBER THPK	5	AP, LC (42 cada 180 OVER TIME)
PYRIDOSTIGMINE BROMIDE (PYRIDOSTIGMINE BROMIDE, PYRIDOSTIGMINE BROMIDE 60 MG TAB)	2	
pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution	3	
pyridostigmine bromide er	3	
riluzole	3	
tetrabenazine 12.5 mg tab	2	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
tetrabenazine 25 mg tab	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
dalfampridine er	2	LC (60 cada 30 dia(s))
dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
dimethyl fumarate starter pack	3	LC (60 cada 30 dia(s))
fingolimod hcl	3	LC (30 cada 30 dia(s))
glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr	5	LC (30 cada 30 dia(s))
glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr	5	LC (12 cada 28 OVER TIME)
glatopa 20 mg/ml soln prsyr	5	LC (30 cada 30 dia(s))
glatopa 40 mg/ml soln prsyr	5	LC (12 cada 28 OVER TIME)
teriflunomide (7 mg tab, 14 mg tab)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
DENTAL AND ORAL AGENTS		
chlorhexidine gluconate 0.12 % solution	2	
kourzeq	2	
lidocaine viscous hcl	3	
periogard	2	
pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	2	
triamcinolone acetonide 0.1 % paste	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
DERMATOLOGICAL AGENTS		
ACNE AND ROSACEA AGENTS		
accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	3	
acitretin (10 mg cap, 25 mg cap)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
acitretin 17.5 mg cap	2	
adapalene 0.1 % cream	2	
ALTRENO	4	LC (45 cada 30 OVER TIME)
amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	3	
amnesteem 30 mg cap	3	
azelaic acid	3	LC (50 cada 30 OVER TIME)
AZELEX	4	
benzoyl peroxide-erythromycin	3	
claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	3	
claravis 30 mg cap	3	
clindamycin phos-benzoyl perox (1-5 % gel, 1.2-2.5 % gel, 1.2-5 % gel)	2	
FINACEA 15 % FOAM	4	
isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	2	
isotretinoin 30 mg cap	2	
tazarotene 0.1 % cream	2	
tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % gel, 0.05 % gel)	3	
tretinoin (0.025 %, 0.05 %, 0.1 %)	2	AP
TRETINOIN MICROSPHERE (TRETINOIN MICROSPHERE 0.04 % GEL, TRETINOIN MICROSPHERE 0.04 % GEL, TRETINOIN MICROSPHERE 0.1 % GEL, TRETINOIN MICROSPHERE 0.1 % GEL)	4	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TRETINOIN MICROSPHERE PUMP (PUMP 0.04 % GEL, PUMP 0.1 % GEL)	4	
zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	3	
zenatane 30 mg cap	3	
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
ADBRY (150 MG/ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ)	5	AP, LC (6 cada 28 OVER TIME)
alclometasone dipropionate (alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment, alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment)	3	
ammonium lactate 12 % cream	2	
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	
betamethasone valerate (betamethasone valerate, betamethasone valerate 0.1 % cream, betamethasone valerate 0.1 % ointment)	3	
betamethasone valerate 0.1 % lotion	2	
clobetasol prop emollient base	2	
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	LC (125 cada 14 OVER TIME)
clobetasol propionate e	2	
desonide (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	3	
desoximetasone (0.25 % cream, 0.25 % ointment)	4	
EUCRISA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
fluocinolone acetonide 0.01 % 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
fluocinolone acetonide 0.025 % ointment	3	
fluocinolone acetonide scalp	3	
fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)	3	
fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)	2	
halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	2	
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), hydrocortisone (perianal))	2	
mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)	2	
pimecrolimus	2	TE
procto-med hc	2	
proctosol hc	2	
proctozone-hc	2	
tacrolimus (0.03 %, 0.1 %)	2	LC (100 cada 30 OVER TIME)
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	2	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CALCIPOTRIENE (CALCIPOTRIENE 0.005 % SOLUTION, CALCIPOTRIENE 0.005 % SOLUTION)	3	
calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % ointment	4	
calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % suspension	3	
CALCITRIOL	3	
ENSTILAR	5	
FLUOROURACIL (FLUOROURACIL 5 % CREAM, FLUOROURACIL 2 % SOLUTION, FLUOROURACIL 5 % SOLUTION)	3	
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE 1-1 % CREAM	2	
imiquimod 5 % cream	3	
METHOXSALEN RAPID	5	
PODOFILOX	2	
SANTYL	4	
silver sulfadiazine	2	
ssd	2	
VALCHLOR	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
VTAMA	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
ciclopirox 8 % solution	3	NM
ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)	3	
CLEOCIN 100 MG SUPPOS	4	
clindamycin phos (once-daily)	3	
clindamycin phos (twice-daily)	3	
clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % swab, 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
clindamycin phosphate 1 % solution	3	
dapsone 5 % gel	3	
ERY	2	
ERYTHROMYCIN (ERYTHROMYCIN 2 % GEL, ERYTHROMYCIN 2 % GEL, ERYTHROMYCIN 2 % SOLUTION)	2	
gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)	3	
ivermectin 1 % cream	2	LC (45 cada 30 OVER TIME)
metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % gel)	2	
metronidazole 1 % gel	2	LC (60 cada 30 dia(s))
mupirocin	2	
mupirocin calcium	3	
naftifine hcl 2 % cream	3	
permethrin	3	
SPINOSAD	4	
sulfacetamide sodium (acne)	3	
VANDAZOLE	3	

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINAS

ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT

ALTRIXA OB	2	
ATABEX EC	2	
AZENTRA	3	
AZESCO	2	
C-NATE DHA	2	
CITRANATAL 90 DHA	2	
CITRANATAL ASSURE	2	
CITRANATAL B-CALM	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CITRANATAL DHA	2	
CITRANATAL HARMONY	2	
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5)	3	BVD
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10)	3	BVD
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5)	3	BVD
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15)	3	BVD
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20)	3	BVD
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	3	BVD
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	3	BVD
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	3	BVD
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	3	BVD
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)	3	
clinisol sf	2	BVD
CO-NATAL FA	2	
COMPLETE NATAL DHA	2	
COMPLETENATE	3	
cyanocobalamin 1000 mcg/ml solution	2	PG, EX
DERMACINRX PNV PRENATOL	3	
DERMACINRX PRETRATE	2	
dextrose (dextrose 10 % solution, dextrose 10 % solution)	2	BVD
DEXTROSE-NACL	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
dextrose-sodium chloride (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 5-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution)	2	BVD
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE (DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE 5-0.225 % SOLUTION, DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE 5-0.45 % SOLUTION, DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE 5-0.9 % SOLUTION)	2	
DUET DHA 400	2	
DUET DHA BALANCED	2	
EMBRIVA	2	
ergocalciferol 1.25 mg (50000 ut) cap	2	PG, EX
FOLATEXCEL	2	
folic acid 1 mg tab	2	PG, EX
GESTYRA	2	
INATAL GT	2	
ISOLYTE-P IN D5W	3	BVD
ISOLYTE-S PH 7.4	3	BVD
kcl in dextrose-nacl (in 10-5-0.45 meq/l-%-%, in 20-5-0.45 meq/l-%-%, in 40-5-0.45 meq/l-%-%)	2	BVD

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
KCL IN DEXTROSE-NACL (KCL IN DEXTROSE-NACL 20-5-0.2 MEQ/L-%-% SOLUTION, KCL IN DEXTROSE-NACL 30-5-0.45 MEQ/L-%-% SOLUTION, KCL IN DEXTROSE-NACL 20-5-0.225 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 40-5-0.9 MEQ/L-%-% SOLUTION, KCL IN DEXTROSE-NACL 10-5-0.45 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 40-5-0.45 MEQ/L-%-% SOLUTION)	2	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	2	
klor-con (klor-con, klor-con 8 meq tab er, klor-con 20 meq packet)	3	
klor-con 10 (klor-con 10, klor-con 10)	3	
klor-con m10	3	
klor-con m15	3	
klor-con m20	3	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON	2	
kp folic acid 1 mg tab	2	PG
M-NATAL PLUS	3	
magnesium sulfate (magnesium sulfate 50 % solution, magnesium sulfate 50 % solution)	2	BVD
MATERNACEL	2	
MATERVIA	2	
MATRIAPRO	3	
MATRONEX	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
MULTI-MAC	2	
MULTIPLE ELECTRO TYPE 1 PH 5.5	3	
multiple electro type 1 ph 7.4	3	BVD
nafrinse	2	
NATACHEW	2	
NATAL PNV	2	
NATALCHEW	3	
NATALCORE	3	
NATALVIT	2	
NEO-VITAL RX	2	
NEOMATERNA	2	
NEONATAL + DHA	2	
NEONATAL COMPLETE 27-1 MG TAB	3	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TAB	2	
NEONATAL PLUS	3	
NESTABS	2	
NESTABS DHA	2	
NIVA-PLUS	3	
NOVYRA	2	
NUTRILIPID	3	BVD
OB COMPLETE ONE	2	
OB COMPLETE PETITE	2	
OB COMPLETE PREMIER	2	
OB COMPLETE/DHA	2	
OBSTETRIX DHA	3	
OBSTETRIX EC (WITH DOCUSATE)	2	
ONE VITE WOMENS PLUS	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ONENATAL RX	2	
PLASMA-LYTE 148	3	
PLASMA-LYTE A	3	BVD
plenamine	2	BVD
PNV 27-CA/FE/FA	3	
PNV PRENATAL PLUS MULTIVIT+DHA	2	
PNV TABS 20-1	2	
PNV-DHA+DOCUSATE	2	
PNV-SELECT	2	
potassium chloride (10 %, 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%))	2	
POTASSIUM CHLORIDE (POTASSIUM CHLORIDE 20 MEQ/100ML SOLUTION, POTASSIUM CHLORIDE 20 MEQ/100ML SOLUTION, POTASSIUM CHLORIDE 10 MEQ/100ML SOLUTION, POTASSIUM CHLORIDE 10 MEQ/100ML SOLUTION)	3	BVD
POTASSIUM CHLORIDE (POTASSIUM CHLORIDE 40 MEQ/100ML SOLUTION, POTASSIUM CHLORIDE 40 MEQ/100ML SOLUTION)	3	
potassium chloride 2 meq/ml solution	2	BVD
potassium chloride 20 meq packet	3	
potassium chloride crys er (er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)	1	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	2	
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	BVD
potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)	2	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	2	
PREGEN DHA	2	
PREGENNA	2	
PREMASOL	3	BVD
PRENA 1 TRUE	2	
PRENA1	2	
PRENA1 PEARL	2	
PRENACORE	3	
PRENAISSANCE	2	
PRENAISSANCE PLUS	2	
PRENATABS FA	2	
PRENATAL 19 (19 CHEW TAB, 19 29-1 MG CHEW TAB, 19 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PRENATAL 27-1 MG TAB	3	
PRENATAL PLUS	3	
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL	3	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON	3	
PRENATE DHA	2	
PRENATE ELITE	2	
PRENATE ENHANCE	2	
PRENATE MINI	2	
PRENATE PIXIE	2	
PRENATE RESTORE	2	
PRENATRIX	3	
PRENATRYL	3	
PRENATVITE COMPLETE	2	
PRENATVITE PLUS	2	
PRENATVITE RX	2	
PRENOVA	2	
PRENYRA	2	
PRIMACARE	2	
PROSOL	3	BVD
PROVIDA OB	2	
RELEVIA	3	
SE-NATAL 19 29-1 MG CHEW TAB	3	
SE-NATAL 19 29-1 MG TAB	2	
SELECT-OB (29-0.6-0.4 MG CHEW TAB, 29-1 MG CHEW TAB)	2	
SELECT-OB+DHA	2	
sodium chloride (0.45 %, 3 %, 5 %)	2	BVD
sodium chloride (pf)	2	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SODIUM CHLORIDE 0.9 % SOLUTION	2	BVD
sodium chloride 0.9 % solution	2	BVD
SODIUM FLUORIDE (SODIUM FLUORIDE 0.55 (0.25 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 0.55 (0.25 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 1.1 (0.5 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 1.1 (0.5 F) MG TAB, SODIUM FLUORIDE 2.2 (1 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 1.1 (0.5 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 2.2 (1 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 2.2 (1 F) MG TAB)	2	
THRIVITE RX	2	
TPN ELECTROLYTES	2	BVD
TRAVASOL	3	BVD
TRICARE	3	
TRINATAL RX 1	2	
TRINATE	2	
TRISTART DHA	2	
TROPHAMINE	3	BVD
true folic acid 1 mg tab	2	PG
VINATE II	2	
VINATE ONE	2	
VIRT-NATE DHA	2	
VITAFOL FE+	2	
VITAFOL GUMMIES	2	
VITAFOL ULTRA	2	
VITAFOL-NANO	3	
VITAFOL-OB	2	
VITAFOL-OB+DHA	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VITAFOL-ONE	2	
VITALARA	2	
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC	2	
VITAMEDMD REDICHEW RX	2	
vitamin d (ergocalciferol) (1.25 mg (50000 ut) cap, 50000 unit cap)	2	PG, EX
VITAPEARL	2	
VITATHELY WITH GINGER	3	
VITATRUE	2	
VIVA DHA	2	
WESNATAL DHA COMPLETE	2	
WESNATE DHA	2	
WESTAB PLUS	3	
WESTGEL DHA	2	
ZALVIT	2	
ZIPHEX	2	
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
CHEMET	4	
deferasirox (90 mg packet, 180 mg packet, 360 mg packet)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
deferasirox 125 mg tab sol	4	AP, LC (720 cada 30 dia(s))
deferasirox 180 mg tab	5	AP, LC (450 cada 30 dia(s))
deferasirox 250 mg tab sol	5	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
deferasirox 360 mg tab	3	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
deferasirox 500 mg tab sol	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
deferasirox 90 mg tab	3	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
deferasirox granules (90 mg packet, 180 mg packet, 360 mg packet)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
deferiprone (500 mg tab, 1000 mg tab)	5	
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	5	LC (2970 cada 30 dia(s))
penicillamine 250 mg tab	5	AP
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	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
tolvaptan (15 mg tab, 30 mg tab)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
tolvaptan (hyponatremia) (15 mg tab, 30 mg tab)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
trientine hcl (trientine hcl, trientine hcl)	5	AP
PHOSPHATE BINDERS		
calcium acetate	3	
calcium acetate (phos binder) (667 mg cap, 667 mg tab)	3	
lanthanum carbonate (500 mg chew tab, 750 mg chew tab, 1000 mg chew tab)	4	
sevelamer carbonate 800 mg tab	2	
sevelamer hcl (400 mg tab, 800 mg tab)	2	
VELPHORO	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
POTASSIUM BINDERS		
kionex	2	
LOKELMA 10 GM PACKET	3	LC (90 cada 30 dia(s))
LOKELMA 5 GM PACKET	3	LC (30 cada 30 dia(s))
sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml suspension	3	
sodium polystyrene sulfonate powder	3	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)	3	
sps (sodium polystyrene sulf)	2	
VELTASSA (8.4 GM PACKET, 16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET)	4	AP, LC (30 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VELTASSA 1 GM PACKET	4	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
GASTROINTESTINAL AGENTS		
ANTI-CONSTIPATION AGENTS		
constulose	2	
enulose	2	
generlac	3	
kristalose 10 gm packet	2	
lactulose (10 gm packet, 10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)	2	
lactulose 20 gm packet	2	
lactulose encephalopathy	2	
LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
prucalopride succinate (1 mg tab, 2 mg tab)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
SYMPROIC	3	LC (30 cada 30 dia(s))
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
alosetron hcl 0.5 mg tab	3	LC (60 cada 30 dia(s))
alosetron hcl 1 mg tab	4	LC (60 cada 30 dia(s))
diphenoxylate-atropine	3	
loperamide hcl 2 mg cap	3	
XERMELO	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)	2	
dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution	2	
glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)	2	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
glycopyrrolate 1 mg/5ml solution	3	
methscopolamine bromide 2.5 mg tab	2	
methscopolamine bromide 5 mg tab	2	
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER		
bis subcit-metronid-tetracyc	4	LC (120 cada 30 OVER TIME), NM
bismuth/metronidaz/tetracyclin	4	LC (120 cada 30 OVER TIME), NM
CHENODAL	5	
CLENPIQ 10-3.5-12 MG-GM - GM/175ML SOLUTION	3	
GATTEX	5	AP
GAVILYTE-C	2	
gavilyte-g	2	
gavilyte-n with flavor pack	2	
GENOTROPIN (5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE)	5	AP
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	AP
GENOTROPIN MINIQUICK 0.2 MG PRSYR	4	AP
misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)	2	
na sulfate-k sulfate-mg sulf	2	
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN, 10 MG/1.5ML SOLN CART)	5	AP
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	2	
peg-3350/electrolytes	2	
peg-3350/electrolytes/ascorbat	2	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c	2	
REZDIFFRA (60 MG TAB, 80 MG TAB, 100 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
sucralfate 1 gm tab	2	
sucralfate 1 gm/10ml suspension	3	
SUFLAVE	3	
SUPREP BOWEL PREP KIT	3	
SUTAB	3	
ursodiol (250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab)	2	
VOWST	5	TE, LC (12 cada 180 OVER TIME), NM

HISTAMINE-2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS

cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)	2	
famotidine 20 mg tab	2	
famotidine 40 mg tab	2	
famotidine 40 mg/5ml recon susp	3	
nizatidine (nizatidine, nizatidine 300 mg cap)	2	

PROTON PUMP INHIBITORS

esomeprazole magnesium (20 mg cap dr, 40 mg cap dr)	2	
lansoprazole (15 mg cap dr, 30 mg cap dr)	2	
omeprazole (10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr)	2	
pantoprazole sodium (20 mg tab dr, 40 mg tab dr)	2	
rabeprazole sodium	3	LC (60 cada 30 dia(s))

GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT

AQNEURSA	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ATTRUBY	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
betaine	5	
carglumic acid	5	AP
CHOLBAM (50 MG CAP, 250 MG CAP)	5	AP, AL, LC (120 cada 30 dia(s))
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	
cromolyn sodium 100 mg/5ml conc	3	
CYSTAGON (50 MG CAP, 150 MG CAP)	4	AP
dichlorphenamide	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
l-glutamine 5 gm packet	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
MYALEPT	5	AP, LC (67.8 cada 30 dia(s))
nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 20 mg cap)	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
ORFADIN 4 MG/ML SUSPENSION	5	AP, LC (1500 cada 30 dia(s))
PALYNZIQ (2.5 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 10 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 20 MG/ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
PROLASTIN-C	5	AP
PYRUKYND (5 MG TAB, 20 MG TAB, 50 MG TAB)	5	AP, LC (56 cada 28 dia(s))
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	AP, LC (56 cada 28 dia(s))
REVCOVI	5	AP
sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)	5	AP
sodium phenylbutyrate 3 gm/tsp powder	5	

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	

GENITOURINARY AGENTS

GENITOURINARY AGENTS, OTHER

alfuzosin hcl er	2	LC (30 cada 30 dia(s))
bethanechol chloride (5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	2	
darifenacin hydrobromide er (er 7.5 mg tab er, er 15 mg tab er)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
dutasteride	2	LC (30 cada 30 dia(s))
dutasteride-tamsulosin hcl	3	LC (30 cada 30 dia(s))
ELMIRON	4	
fesoterodine fumarate er (er 4 mg tab er, er 8 mg tab er)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
finasteride 5 mg tab	1	LC (30 cada 30 dia(s))
flavoxate hcl	2	
INTRAROSA	4	LC (30 cada 30 dia(s))
mirabegron er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
mirabegron er 8 mg/ml sr	2	LC (300 cada 30 dia(s))
oxybutynin chloride 5 mg tab	2	LC (120 cada 30 dia(s))
oxybutynin chloride 5 mg/5ml solution	2	LC (473 cada 23 dia(s))
oxybutynin chloride er (er 5 mg tab er, er 10 mg tab er, er 15 mg tab er)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
PHEXX	4	
silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)	2	LC (30 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
solifenacin succinate (5 mg tab, 10 mg tab)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
tadalafil 5 mg tab	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
tamsulosin hcl	1	LC (60 cada 30 dia(s))
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
tolterodine tartrate er (er 2 mg cap er, er 4 mg cap er)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
trospium chloride	2	LC (60 cada 30 dia(s))
trospium chloride er	3	LC (30 cada 30 dia(s))

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

budesonide 3 mg cp dr part	3	
budesonide er	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
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	2	
HEMADY 20 MG TAB	4	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	2	
hydrocortisone 100 mg/60ml enema	3	
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	2	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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 25 mg/5ml solution, 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	2	
TARPEYO	5	AP, AL, LC (120 cada 30 dia(s))

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

desmopressin ace spray refrig	3	
desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)	3	
INCRELEX	5	AP

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)

ANDROGENS

danazol (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)	3	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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)	2	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
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)	2	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
testosterone cypionate (100 mg/ml, 200 mg/ml)	2	AP
TESTOSTERONE ENANTHATE	3	AP, LC (10 cada 28 OVER TIME)
ESTROGENS		
abigale	3	
abigale lo	2	
amabelz 0.5-0.1 mg tab	3	
apri	2	
ARANELLE	2	
aviane	2	
azurette	2	
balziva	2	
blisovi fe 1.5/30	2	
briellyn	2	
cryselle	2	
cryselle-28	2	
DEPO-ESTRADIOL	4	
desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	2	
dolishale	2	
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	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	3	LC (1 cada 28 OVER TIME)
enilloring	3	LC (1 cada 28 OVER TIME)
estarylla	2	
estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.025 mg/24hr patch wk)	2	
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, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	2	
estradiol 0.01 % cream	2	LC (127.5 cada 30 OVER TIME)
estradiol 10 mcg tab	2	LC (30 cada 30 dia(s))
estradiol-norethindrone acet (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)	2	
estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)	2	
etonogestrel-ethinyl estradiol	2	LC (1 cada 28 OVER TIME)
feirza 1.5/30	2	
feirza 1/20	2	
FEMRING (0.05 MG/24HR RING, 0.1 MG/24HR RING)	4	TE, LC (1 cada 90 OVER TIME)
fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)	3	
hailey 24 fe	2	
hailey fe 1/20	2	
iclevia	2	LC (91 cada 91 dia(s))
introvale	2	LC (91 cada 91 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
jaimiess	2	
jasmiel	2	
jinteli	3	
junel 1.5/30	2	
junel 1/20	2	
junel fe 1.5/30	2	
junel fe 1/20	2	
junel fe 24	2	
kariva	2	
kelnor 1/35	2	
lessina	2	
levonest	2	
levonorg-eth estrad triphasic	2	
levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 &0.01 mg tab	2	
levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 mg tab	2	LC (91 cada 91 dia(s))
levonorgestrel-ethinyl estrad 90-20 mcg tab	2	
levora 0.15/30 (28)	2	
LO LOESTRIN FE	4	
loestrin 1.5/30 (21)	4	
loestrin 1/20 (21)	4	
loestrin fe 1.5/30	4	
loestrin fe 1/20	4	
loryna	2	
luizza 1.5/30	2	
luizza 1/20	2	
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	

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
lyllana 0.025 mg/24hr patch tw	3	
marlissa	2	
merzee	2	
microgestin 1.5/30	2	
microgestin 1/20	2	
microgestin fe 1.5/30	2	
microgestin fe 1/20	2	
mili	2	
mimvey	3	
MYFEMBREE	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
necon 0.5/35 (28)	2	
norelgestromin-eth estradiol	2	LC (4 cada 28 OVER TIME)
norethin ace-eth estrad-fe 1-20 mg-mcg tab	2	
norethindron-ethinyl estrad-fe	2	
norethindrone acet-ethinyl est 1-20 mg-mcg 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	2	
nortrel 0.5/35 (28)	2	
nortrel 1/35 (21)	2	
nortrel 1/35 (28)	2	
nortrel 7/7/7	2	
nylia 1/35	2	
nylia 7/7/7	2	
ORILISSA 150 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ORILISSA 200 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
portia-28	2	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	3	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
PREMPHASE	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	
reclipsen	2	
SAFYRAL	4	
sprintec 28	2	
sronyx	2	
tarina 24 fe	2	
tilia fe	2	
tri-estarylla	2	
tri-legest fe	2	
tri-lo-estarylla	2	
tri-lo-sprintec	2	
tri-sprintec	2	
tri-vylibra lo	2	
turqoz	2	
tydemy	4	
valtya 1/35	2	
VALTYA 1/50	2	
VELIVET	2	
vestura	2	
vienva	2	
viorele	2	
vylibra	2	
xarah fe	2	
xulane	2	LC (4 cada 28 OVER TIME)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
yuvafem	3	LC (30 cada 30 dia(s))
zovia 1/35 (28)	2	
PROGESTINS		
camila	2	
CRINONE 4 % GEL	4	AP
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	LC (1 cada 90 OVER TIME)
errin	2	
gallifrey	2	
heather	2	
LILETTA (52 MG)	3	LC (1 cada 365 OVER TIME), BVD
lyleq	2	
medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)	2	LC (1 cada 90 OVER TIME)
medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	2	
MEGESTROL ACETATE	3	
megestrol acetate 625 mg/5ml suspension	4	
meleya	2	
NEXPLANON	3	LC (1 cada 365 OVER TIME)
norethindrone	2	
norethindrone acetate	2	
ORIAHNN	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
orquidea	2	
progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)	3	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
DUAVEE	3	LC (30 cada 30 dia(s))
OSPHENA	4	LC (30 cada 30 dia(s))
raloxifene hcl	2	LC (30 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
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	
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	
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	
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
cabergoline	2	
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 7.5 MG KIT	5	BVD
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 11.25 MG (PED) KIT	5	BVD
octreotide acetate (50 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml)	3	AP

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
octreotide acetate (500 mcg/ml, 1000 mcg/ml)	5	AP
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
SOMAVERT (15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN)	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
SOMAVERT (25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
SOMAVERT 10 MG RECON SOLN	5	LC (90 cada 30 dia(s)), AP NSO
SYNAREL	4	AP
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)		
ANTITHYROID AGENTS		
methimazole (5 mg tab, 10 mg tab)	1	
propylthiouracil	2	
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
ANGIOEDEMA AGENTS		
HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN)	5	AP, LC (16 cada 28 OVER TIME)
icatibant acetate	5	AP, LC (18 cada 30 OVER TIME)
IMMUNOGLOBULINS		
aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
BIVIGAM (5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION)	5	AP
clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)	2	
clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)	1	
doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	2	LC (60 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
GAMMAGARD (1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 30 GM/300ML SOLUTION)	5	AP
GAMMAGARD S/D LESS IGA (5 GM RECON SOLN, 10 GM RECON SOLN)	5	AP
GAMMAKED 1 GM/10ML SOLUTION	5	AP
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	AP
GAMUNEX-C 1 GM/10ML SOLUTION	5	AP
OCTAGAM (1 GM/20ML SOLUTION, 2.5 GM/50ML SOLUTION, 5 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 25 GM/500ML SOLUTION)	4	AP
OCTAGAM (2 GM/20ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION)	5	AP
OCTAGAM 30 GM/300ML SOLUTION	5	AP
prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	2	
PRIVIGEN (5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION)	5	AP
terazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	1	LC (60 cada 30 dia(s))
IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER		
AMJEVITA (40 MG/0.4ML SOLN A-INJ, 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (3.2 cada 28 OVER TIME)
AMJEVITA 20 MG/0.2ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (0.8 cada 28 OVER TIME)
AMJEVITA 80 MG/0.8ML SOLN A-INJ	5	AP, LC (2.4 cada 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ARCALYST	5	AP
AURANOFIN	5	
AVTOZMA 162 MG/0.9ML SOLN A-INJ	5	AP, LC (3.6 cada 28 OVER TIME)
AVTOZMA 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (3.6 cada 28 dia(s))
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	5	AP
COSENTYX (300 MG DOSE)	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
COSENTYX 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
COSENTYX 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (2 cada 28 dia(s))
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
COSENTYX SENSOREADY PEN	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
COSENTYX UNOREADY	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
DUPIXENT (200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (3.42 cada 28 OVER TIME)
DUPIXENT 300 MG/2ML SOLN A-INJ	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
DUPIXENT 300 MG/2ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
ENBREL (25 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MG/0.5ML SOLUTION)	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME)
ENBREL 50 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
ENBREL SURECLICK	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
ENSPRYNG	5	AP, LC (5 cada 84 OVER TIME)
ENTYVIO PEN	5	AP, LC (1.36 cada 28 OVER TIME)
FASENRA 10 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (0.5 cada 28 OVER TIME)
FASENRA 30 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (2 cada 56 OVER TIME)
FASENRA PEN	5	AP, LC (2 cada 56 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
HADLIMA (40 MG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
HADLIMA PUSHTOUCH (40 MG/0.4ML SOLN A-INJ, 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ)	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
KINERET	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
OMVOH (100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR, 200 MG/2ML SOLN A-INJ, 200 MG/2ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)
OMVOH (300 MG DOSE) (MG 100 MG/ML 200 MG/2ML SOLN A-INJ, MG 100 MG/ML 200 MG/2ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (3 cada 28 OVER TIME)
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
OTEZLA (4 X 10 51 X20 MG TAB THPK, 10 20 30 MG TAB THPK)	5	AP, LC (55 cada 180 OVER TIME)
OTEZLA XR	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK	5	AP, LC (41 cada 180 OVER TIME)
PYZCHIVA (45 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	3	AP, LC (3 cada 84 OVER TIME)
PYZCHIVA (90 MG/ML SOLN A-INJ, 90 MG/ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (3 cada 84 OVER TIME)
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	5	AP, LC (84 cada 180 OVER TIME)
RINVOQ LQ	5	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
SELARSDI 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	3	AP, LC (3 cada 84 OVER TIME)
SELARSDI 45 MG/0.5ML SOLUTION	3	AP, LC (3 cada 84 OVER TIME)
SELARSDI 90 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (3 cada 84 OVER TIME)
TAVNEOS	5	AP, AL, LC (180 cada 30 dia(s))
tofacitinib citrate (5 mg tab, 10 mg tab)	2	LC (60 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
tofacitinib citrate 1 mg/ml solution	2	LC (300 cada 30 dia(s))
tofacitinib citrate er (er 11 mg tab er, er 22 mg tab er)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (3.6 cada 28 OVER TIME)
USTEKINUMAB (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	5	AP, LC (2 cada 84 OVER TIME)
USTEKINUMAB 90 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (3 cada 84 OVER TIME)
VELSIPITY	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
XOLAIR (150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
XOLAIR 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME)
ZYMFENTRA (1 PEN)	5	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)
ZYMFENTRA (2 PEN)	5	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)
ZYMFENTRA (2 SYRINGE)	5	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)
IMMUNOSUPPRESSANTS		
azathioprine (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	2	BVD
cyclosporine 100 mg cap	2	BVD
cyclosporine 25 mg cap	2	BVD
cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution)	3	BVD
cyclosporine modified 25 mg cap	3	BVD
cyclosporine modified 50 mg cap	3	BVD
ENBREL MINI	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
everolimus (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)	5	LC (120 cada 30 dia(s)), BVD
everolimus 0.25 mg tab	3	LC (120 cada 30 dia(s)), BVD
gengraf 100 mg cap	3	BVD
gengraf 25 mg cap	3	BVD
leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)	2	
LUPKYNIS	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)	2	BVD
mycophenolate mofetil 200 mg/ml recon susp	3	BVD
mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	3	BVD
mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	3	BVD
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	4	BVD
RASUVO 10 MG/0.2ML SOLN A-INJ	3	LC (0.8 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 12.5 MG/0.25ML SOLN A-INJ	3	LC (1 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 15 MG/0.3ML SOLN A-INJ	3	LC (1.2 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 17.5 MG/0.35ML SOLN A-INJ	3	LC (1.4 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 20 MG/0.4ML SOLN A-INJ	3	LC (1.6 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 22.5 MG/0.45ML SOLN A-INJ	3	LC (1.8 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 25 MG/0.5ML SOLN A-INJ	3	LC (2 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 30 MG/0.6ML SOLN A-INJ	3	LC (2.4 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 7.5 MG/0.15ML SOLN A-INJ	3	LC (0.6 cada 28 OVER TIME)
sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	2	BVD
sirolimus 1 mg/ml solution	2	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	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VACCINES		
ABRYSVO	3	LC (1 cada 999 OVER TIME), $0
ACTHIB	3	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	3	$0
AREXVY	3	LC (1 cada 999 OVER TIME), $0
BCG VACCINE	3	$0
BEXSERO	3	$0
BOOSTRIX 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR	3	$0
DAPTACEL	3	$0
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	3	BVD, $0
GARDASIL 9 (9 SUSPENSION, 9 0.5 ML SUSP PRSYR)	3	$0
HAVRIX (720 U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 U/0.5ML SUSPENSION, 1440 U/ML SUSP PRSYR)	3	$0
HEPLISAV-B	3	BVD, $0
HIBERIX	3	
IMOVAX RABIES	3	$0
INFANRIX	3	$0
IPOL	3	$0
IXIARO	3	$0
JYNNEOS	3	$0
KINRIX	3	$0
M-M-R II	3	$0
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	3	$0

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
MENVEO RECONSOLN	3	$0
MENVEO SOLUTION	3	$0
MRESVIA	3	LC (1 cada 999 OVER TIME), $0
PEDIARIX	3	
PEDVAXHIB	3	
PENBRAYA	3	$0
PENMENVY	3	$0
PENTACEL	3	
PRIORIX	3	$0
PROQUAD	3	$0
QUADRACEL 0.5 ML SUSP PRSYR	3	$0
QUADRACEL SUSPENSION	3	
RABAVERT	3	$0
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
ROTARIX SUSPENSION	3	$0
ROTATEQ	3	$0
SHINGRIX (50 MCG/0.5ML RECON SUSP, 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR)	3	$0
TENIVAC	3	$0
TICOVAC (1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR, 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR)	3	$0
TRUMENBA	3	$0
TWINRIX	3	BVD, $0
TYPHIM VI 25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	3	$0

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION, 50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	3	$0
VARIVAX	3	$0
VAXCHORA	3	AP, $0
VIMKUNYA	3	AP, $0
VIVOTIF	3	AP, LC (4 cada 999 OVER TIME), $0
YF-VAX	3	$0

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

AMINOSALICYLATES AND/OR PRODRUGS

balsalazide disodium	2	
DIPENTUM	4	
mesalamine 1.2 gm tab dr	2	LC (120 cada 30 dia(s))
mesalamine 4 gm enema	3	
mesalamine er 0.375 gm cap 24h	2	LC (120 cada 30 dia(s))
ROWASA	4	
sulfasalazine 500 mg tab	2	NM
sulfasalazine 500 mg tab dr	4	NM

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)	1	
alendronate sodium 10 mg tab	1	
BILDYOS	4	BVD
BILPREVDA	5	BVD
calcitonin (salmon) 200 unit/act solution	2	
calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)	3	
calcitriol 1 mcg/ml solution	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	2	LC (120 cada 30 dia(s))
DOXERCALCIFEROL (DOXERCALCIFEROL 1 MCG CAP, DOXERCALCIFEROL 2.5 MCG CAP, DOXERCALCIFEROL 0.5 MCG CAP, DOXERCALCIFEROL 1 MCG CAP, DOXERCALCIFEROL 2.5 MCG CAP, DOXERCALCIFEROL 0.5 MCG CAP)	2	
EVENITY	5	AP, LC (2.4 cada 30 OVER TIME)
ibandronate sodium 150 mg tab	2	LC (1 cada 28 OVER TIME)
JUBBONTI	4	BVD
paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap)	2	
risedronate sodium 150 mg tab	2	LC (1 cada 28 OVER TIME)
risedronate sodium 30 mg tab	3	LC (30 cada 30 dia(s))
risedronate sodium 35 mg tab	2	LC (4 cada 28 OVER TIME)
risedronate sodium 35 mg tab	3	LC (4 cada 28 OVER TIME)
risedronate sodium 5 mg tab	2	LC (30 cada 30 dia(s))
TERIPARATIDE	5	AP
teriparatide	5	AP
TYMLOS	5	AP, LC (1.56 cada 30 OVER TIME)
WYOST	5	BVD

AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

1ST TIER UNIFINE PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC, 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ABOUTTIME PEN NEEDLE (PEN 30G 8 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ADVOCATE ALCOHOL PREP PADS	2	
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ADVOCATE INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ADVOCATE INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ALCOH-GLOVE CONTOURED WIPE	2	
ALCOHOL PADS	2	
ALCOHOL PREP (70 % PAD, PAD)	2	
ALCOHOL PREP PADS	2	
ALCOHOL SWABS (70 % PAD, PAD)	2	
ALCOHOL SWABSTICK	2	
alcohol wipes	2	
ALLERGY SYRINGE 27G X 3/8" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s)), NM, EX
AQ INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AQ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AQINJECT PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES	2	
AUM ALCOHOL PREP PADS	2	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC, PEN 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AUM PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC, PEN 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AUM PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC, PEN 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AUM SAFETY PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AURORA PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AURORA UNIFINE PENTIPS (31G 5 MISC, 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE (PEN 5 MISC, PEN 8 MISC)	2	
BAND-AID GAUZE SMALL	2	LC (100 cada 30 dia(s))
BD ALLERGY SYRINGE 27G X 3/8" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s)), NM, EX
BD AUTOSHIELD DUO	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II (5/16" 0.3 ML MISC, 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
BD INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE (27G 5/8" 1 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 28G X 1/2" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD INSULIN SYRINGE U-500	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD INSULIN SYRINGE U/F	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 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)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE 27G X 3/8" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s)), NM, EX

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
BD SWAB SINGLE USE REGULAR	2	
BD TB SYRINGE 27G X 3/8" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s)), NM, EX
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE (15/64" 0.3 ML MISC, 15/64" 0.5 ML MISC, 15/64" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CAREFINE PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CAREONE INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CAREONE UNIFINE PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CARETOUCH ALCOHOL PREP	2	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CARETOUCH INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CARETOUCH PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CARETOUCH PEN NEEDLES 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29GX12MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS	2	
CLICKFINE PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 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)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT EZ PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC, PEN 32G 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
COMFORT EZ PEN NEEDLES (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30GX8MMMISC	2	
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT TOUCH ALCOHOL PREP	2	
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED (PEN 31G 4 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC, PEN 32G 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC, PEN 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
CURITY ALCOHOL PREPS	2	
CURITY GAUZE 2"X2"PAD	2	LC (100 cada 30 dia(s))
CVS ALCOHOL PREP PADS	2	
CVS GAUZE	2	LC (100 cada 30 dia(s))
cvs isopropyl alcohol wipes	2	
CVS PREP	2	
DERMACEA TYPE VII GAUZE 2"X2"PAD	2	LC (100 cada 30 dia(s))
DIATHRIVE PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 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)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
DROPLET INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
DROPLET MICRON	2	LC (200 cada 30 dia(s))
DROPLET PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 32G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
DROPLET PEN NEEDLES 29GX10MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
DROPSAFE ALCOHOL PREP	2	
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (5 MISC, 8 MISC)	2	
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES (PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
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" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (5/16" 0.3 ML MISC, 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
DRUG MART UNIFINE PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY COMFORT ALCOHOL PADS	2	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 1 ML MISC	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (PEN 29G 4MM MISC, PEN 29G 5MM MISC, PEN 33G 4 MM MISC, PEN 33G 5 MM MISC, PEN 33G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY GLIDE PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY TOUCH ALCOHOL PREP MEDIUM	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY (SY 29G 1/2" 1 ML MISC, SY 30G 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY (SY 30G 5/16" 1 ML MISC, SY 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR (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)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (27G 1/2" 0.5 ML MISC, 27G 5/8" 1 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY TOUCH PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 5 MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29GX5MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 30GX8MMMISC	2	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA AUTOSHIELD DUO	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 31G X 15/64" 0.3 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC)	2	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 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	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA PEN NEEDLE NANO	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA PEN NEEDLE U/F	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 32GX6MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBRACE PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 5 MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EQL ALCOHOL SWABS	2	
EQL GAUZE 2"X2"PAD	2	LC (100 cada 30 dia(s))
EQL INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EQL INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ESSENTRA WIPES 9X9"	2	
EXEL COMFORT POINT INSULIN SYR (EEL 28G 1/2" 1 ML MISC, EEL 29G 1/2" 0.5 ML MISC, EEL 29G 1/2" 1 ML MISC, EEL 30G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
EXEL COMFORT POINT INSULIN SYR EEL 28G 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EXEL COMFORT POINT INSULIN SYR EEL 30G 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE (EEL PEN 29G 12MM MISC, EEL PEN 31G 4 MM MISC, EEL PEN 31G 6 MM MISC, EEL PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
FIFTY50 ALCOHOL PREP	2	
FIFTY50 PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR (5/16" 0.3 ML MISC, 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
FREDS PHARMACY UNIFINE PENTIP+ (5 MISC, 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
FREDS PHARMACY UNIFINE PENTIPS	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GAUZE PADS S2"X2"	2	LC (100 cada 30 dia(s))
GLOBAL ALCOHOL PREP EASE	2	
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR (5/16" 0.3 ML MISC, 15/64" 0.3 ML MISC, 15/64" 0.5 ML MISC, 15/64" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GLOBAL INSULIN SYRINGES 30G X 1/2" 0.3 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP ALCOHOL SWABS	2	
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES (PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP INSULIN SYRINGES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2"	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" (0.5 ML MISC, 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16"	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP ULTICARE PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE (31G 5 MISC, 31G 8 MISC, 32G 4 MISC, 32G 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GOODSENSE ALCOHOL SWABS	2	
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
H-E-B INCONTROL ALCOHOL	2	
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP (31G 5 MISC, 31G 6 MISC, 31G 8 MISC, 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE (30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HEALTHWISE MINI PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HEALTHWISE PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES (PEN 5 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HEALTHWISE UNIFINE PENTIPS	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP (31G 5 MISC, 31G 6 MISC, 31G 8 MISC, 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 29GX12MMMISC	2	
HM STERILE ALCOHOL PREP	2	
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES (PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G 1/2" 0.5 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC, 31G 1/4" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (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" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSULIN SYRINGE/NEEDLE (27G 1/2" 0.5 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 28G X 1/2" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSUPEN PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSUPEN PEN NEEDLES 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSUPEN SENSITIVE (6 MISC, 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSUPEN ULTRAFIN (30G 8 MISC, 31G 6 MISC, 31G 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSUPEN32G EXTR3ME	2	LC (200 cada 30 dia(s))
isopropyl alcohol 70 % misc	2	
isopropyl alcohol wipes	2	
iv prep wipes	2	
KINRAY INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
KINRAY INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G U-100 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G U-100 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
KROGER INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
KROGER INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
KROGER PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
KROGER PEN NEEDLES 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
LEADER INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
LEADER INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
LEADER INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
LEADER UNIFINE PENTIPS (31G 5 MISC, 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS (31G 5 MISC, 31G 8 MISC, 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
LITETOUCH INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
LITETOUCH INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
LITETOUCH PEN NEEDLES (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
LONGS INSULIN SYRINGE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
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)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MARATHON MEDICAL PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 28G 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 28G 1/2" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29G5MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" MAICOMFORT 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MEDIC INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
medpura alcohol pads	2	
MEIJER ALCOHOL SWABS	2	
MEIJER PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MICRODOT PEN NEEDLE (PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE (30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MM PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MONOJECT INSULIN SYRINGE (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)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MONOJECT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE (28G 1/2" 1 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, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MS INSULIN SYRINGE (5/16" 0.3 ML MISC, 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
NOVOFINE AUTOCOVER PEN NEEDLE	2	
NOVOFINE PEN NEEDLE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PC UNIFINE PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 31GX8MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 32GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 5 MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PEN NEEDLES 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PEN NEEDLES 5/16"	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC, 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PHARMACIST CHOICE ALCOHOL	2	
PIP PEN NEEDLES 31G X 5MM	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PIP PEN NEEDLES 32G X 4MM	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES (PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES (PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PRO COMFORT ALCOHOL	2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PRO COMFORT PEN NEEDLES (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PRODIGY INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PURE COMFORT ALCOHOL PREP	2	
PURE COMFORT PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PX INSULIN SYRINGE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PX MINI PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PX PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PX SHORTLENGTH PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
qc alcohol	2	
QC ALCOHOL SWABS	2	
QC PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
QC STERILE PADS S2"X2"	2	LC (100 cada 30 dia(s))
QC UNIFINE PENTIPS	2	LC (200 cada 30 dia(s))
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 8 MM MISC, PEN 33G 4 MM MISC, PEN 33G 5 MM MISC, PEN 33G 6 MM MISC, PEN 33G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (PEN 31G 4 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
RA ALCOHOL SWABS	2	
RA INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
RA INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ra isopropyl alcohol wipes	2	
RA PEN NEEDLES (PEN 5 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
RA STERILE 2"X2"PAD	2	LC (100 cada 30 dia(s))
RAYA SURE PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 4 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
REALITY INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
REALITY SWABS	2	
RELION ALCOHOL SWABS (70 % PAD, PAD)	2	
RELION INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 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)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
RELION MINI PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
RELION PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
RELION SHORT PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SAFETY PEN NEEDLES 30GX5MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SAFETY PEN NEEDLES 30GX8MMMISC	2	
SAPS CARE ALCOHOL PREP	2	
SAPS HEALTH ALCOHOL PREP (70 % PAD, PAD)	2	
SAPS HEALTH CARE ALCOHOL PREP	2	
SB ALCOHOL PREP	2	
SB INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SB INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 30GX8MMMISC	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 31GX5MMMISC	2	
SHOPKO UNIFINE PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SHOPKO UNIFINE PENTIPS PLUS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SM ALCOHOL PREP (70 % PAD, PAD)	2	
SM GAUZE 2"X2"PAD	2	LC (100 cada 30 dia(s))
SM STERILE 2"X2"PAD	2	LC (100 cada 30 dia(s))
STERILE 2"X2"PAD	2	LC (100 cada 30 dia(s))
STERILE GAUZE 2"X2"PAD	2	LC (100 cada 30 dia(s))
SURE COMFORT ALCOHOL PREP	2	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 0.5 ML MISC, 31G 1/4" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SURE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TECHLITE INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 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)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TECHLITE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TECHLITE PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TODAYS HEALTH MINI PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES (PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE	2	
TRUE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	2	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 1 ML MISC	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC, PEN 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP	2	
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 32G X 5/16" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 32G X 5/16" 1 ML MISC	2	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31GX8MMMISC	2	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
TRUEPLUS PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTICARE ALCOHOL SWABS (70 % PAD, PAD)	2	
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTICARE INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 0.5 ML MISC, 31G 1/4" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTICARE INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTICARE INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES (PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTICARE MINI PEN NEEDLES (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTICARE PEN NEEDLES (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 30GX8MMMISC	2	
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31GX8MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE (30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTILET ALCOHOL SWABS	2	
ULTILET PEN NEEDLE (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT (30G " 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ULTRA THIN PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA-CARE ALCOHOL PREP PADS	2	
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT (30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRACARE INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRACARE INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRACARE PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTRACARE PEN NEEDLES 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
UNIFINE PEN NEEDLES	2	LC (200 cada 30 dia(s))
UNIFINE PENTIPS (29G 12MM MISC, 30G 5 MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC, 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
UNIFINE PENTIPS 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
UNIFINE PENTIPS PLUS (29G 12MM MISC, 30G 5 MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX4MMMISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (PEN 30G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30GX8MMMISC	2	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30GX8MMMISC	2	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 34G 3.5 MM MISC)	2	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
VALUMARK PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VERIFINE INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
VERIFINE INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR	2	
VIDA MIA UNIFINE PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 6 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE	2	
WEBCOL ALCOHOL PREP MEDIUM	2	
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS (31G 5 MISC, 31G 6 MISC, 31G 8 MISC, 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ZEVRX INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC, 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ZEVRX INSULIN SYRINGE 30G 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ZEVRX PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ZEVRX STERILE ALCOHOL PREP PAD	2	

OPHTHALMIC AGENTS

OPHTHALMIC AGENTS, OTHER

advanced eye relief 0.2 % solution	1	EX

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
atropine sulfate (atropine sulfate 1 % solution, atropine sulfate 1 % solution)	3	
azelastine hcl 0.05 % solution	3	
bepotastine besilate	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)
COMBIGAN	3	LC (10 cada 30 OVER TIME)
cvs allergy eye drops	1	EX
cvs eye itch relief	1	EX
cvs olopatadine hcl 0.1 % solution	1	
cvs olopatadine hcl 0.2 % solution	1	EX
cyclosporine (pf)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
dorzolamide hcl-timolol mal (2, 22.3-6.8 mg/ml)	3	
dorzolamide hcl-timolol mal pf	3	
eq eye itch relief	1	EX
eq olopatadine hcl 0.1 % solution	1	
eq olopatadine hcl 0.2 % solution	1	EX
eye allergy itch relief 0.2 % solution	1	EX
eye allergy itch relief 0.7 % solution	1	EX
eye allergy itch/redness rel	1	
eye itch relief	1	EX
ft eye allergy itch & redness	1	
ft eye allergy itch relief	1	EX
gnp olopatadine hcl 0.1 % solution	1	
gnp olopatadine hcl 0.2 % solution	1	EX
hm eye allergy itch relief	1	EX
hm eye allergy itch/red relief	1	
ketotifen fumarate	1	EX
olopatadine hcl 0.1 % solution	1	
olopatadine hcl 0.2 % solution	1	EX

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
olopatadine hcl extra strength	1	EX
pataday 0.2 % solution	1	EX
pataday 0.7 % solution	1	EX
qc eye allergy itch relief	1	EX
qc olopatadine hcl	1	EX
retaine allergy	1	EX
ROCKLATAN	4	TE, LC (5 cada 30 OVER TIME)
sm eye itch relief	1	EX
sm olopatadine hcl	1	EX
TYRVAYA	3	LC (8.4 cada 30 OVER TIME)
XIIDRA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
ak-poly-bac	2	
BACITRA-NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC (BACITRA-NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC, BACITRA-NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC)	2	
BACITRACIN-POLYMYXIN B	2	
BESIVANCE	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
CILOXAN	4	LC (17.5 cada 30 OVER TIME)
ciprofloxacin hcl 0.3 % solution	2	
erythromycin 5 mg/gm ointment	2	
gatifloxacin	2	LC (15 cada 30 OVER TIME)
gentamicin sulfate 0.3 % solution	3	
LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION	2	
moxifloxacin hcl 0.5 % solution	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
neomycin-bacitracin zn-polymyx (neomycin-bacitracin zn-polymyx, neomycin-bacitracin zn-polymyx 3.5-400-10000 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	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC	3	
ofloxacin 0.3 % solution	3	
polymyxin b-trimethoprim	2	
sulfacetamide sodium (sulfacetamide sodium 10 % solution, sulfacetamide sodium 10 % solution)	2	
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	2	
TOBRADEX 0.3-0.1 % OINTMENT	4	
tobramycin 0.3 % solution	2	
tobramycin-dexamethasone	3	
TOBREX	4	
TRIFLURIDINE	3	
XDEMVY	5	AP
ZIRGAN	4	
ZYLET	4	
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
bromfenac sodium (once-daily)	3	
CROMOLYN SODIUM	3	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	3	
diclofenac sodium 0.1 % solution	2	
FLAREX	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
fluorometholone	2	
FLURBIPROFEN SODIUM	3	
FML FORTE	4	
ILEVRO	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
KETOROLAC TROMETHAMINE (KETOROLAC TROMETHAMINE 0.4 % SOLUTION, KETOROLAC TROMETHAMINE 0.5 % SOLUTION)	2	
LOTEMAX 0.5 % OINTMENT	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
LOTEMAX SM	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
loteprednol etabonate (0.5 % gel, 0.5 % suspension)	2	LC (15 cada 30 OVER TIME)
loteprednol etabonate 0.2 % suspension	2	TE, LC (15 cada 30 OVER TIME)
MAXIDEX	4	
prednisolone acetate	3	LC (30 cada 30 dia(s))
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	2	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
BETAXOLOL HCL	2	
BETOPTIC-S	4	
CARTEOLOL HCL	2	
LEVOBUNOLOL HCL	2	
timolol maleate (0.25 % gel soln, 0.5 % gel soln)	3	
timolol maleate (0.25 %, 0.5 %)	2	
timolol maleate ocudose	2	
timolol maleate pf (0.25 %, 0.5 %)	2	
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
ALPHAGAN P ALHAGAN 0.1 % SOLUTION	3	LC (15 cada 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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
APRACLONIDINE HCL	2	
brimonidine tartrate 0.2 % solution	2	
brinzolamide	2	LC (15 cada 30 OVER TIME)
dorzolamide hcl	2	
IOPIDINE	4	
methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)	2	
pilocarpine hcl (1 %, 2 %, 4 %)	2	
RHOPRESSA	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
SIMBRINZA	3	LC (16 cada 30 OVER TIME)
OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS		
bimatoprost 0.01 % solution	3	LC (5 cada 30 dia(s))
bimatoprost 0.03 % solution	3	LC (7.5 cada 30 OVER TIME)
latanoprost	2	
VYZULTA	4	TE
OTIC AGENTS		
acetic acid 2 % solution	2	
ciprofloxacin hcl 0.2 % solution	3	NM
ciprofloxacin-dexamethasone	2	
ciprofloxacin-hydrocortisone	2	
fluocinolone acetonide 0.01 % oil	3	
hydrocortisone-acetic acid	2	
neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)	2	
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
allergy nasal spray (momet)	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ARNUITY ELLIPTA (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
ASMANEX (120 METERED DOSES)	3	LC (1 cada 30 dia(s))
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	3	LC (1 cada 30 dia(s))
ASMANEX (60 METERED DOSES)	3	LC (1 cada 30 dia(s))
ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL)	3	LC (13 cada 30 dia(s))
ASMANEX HFA 50 MCG/ACT AEROSOL	3	LC (13 cada 30 dia(s))
budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
flunisolide	3	LC (50 cada 30 OVER TIME)
fluticasone propionate 50 mcg/act suspension	2	LC (16 cada 30 OVER TIME)
FLUTICASONE PROPIONATE DISKUS (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE PROPIONATE DISKUS 250 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (240 cada 30 dia(s))
fluticasone propionate hfa	2	LC (10.6 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE PROPIONATE HFA 110 MCG/ACT AEROSOL	2	LC (12 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE PROPIONATE HFA 220 MCG/ACT AEROSOL	2	LC (24 cada 30 dia(s))
mometasone furoate 50 mcg/act suspension	3	LC (34 cada 30 OVER TIME)
ANTIHISTAMINES		
12 hour allergy-d	1	EX
12hr allergy & congestion	1	EX
12hr allergy relief	1	EX

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
24hr allergy & congestion reli	1	EX
24hr allergy relief	1	EX
all day allergy	1	EX
all day allergy childrens	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
all day allergy d	1	EX
all day allergy-d	1	EX
all-day allergy childrens	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
aller-ease	1	EX
allergy (cetirizine)	1	EX
allergy 24-hr	1	EX
allergy 24hour indoor/outdoor	1	EX
allergy childrens (5 mg/5ml solution, 30 mg/5ml suspension)	1	EX
allergy rel child (loratadine)	1	EX
allergy relief (10 mg tab, 60 mg tab, 180 mg tab)	1	EX
allergy relief (cetirizine) (10 mg cap, 10 mg tab)	1	EX
allergy relief (loratadine) 10 mg tab	1	EX
allergy relief 5 mg tab	1	LC (30 cada 30 dia(s)), EX
allergy relief ceterizine	1	EX
allergy relief cetirizine	1	EX
allergy relief childrens 1 mg/ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
allergy relief childrens 24-hr	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
allergy relief d 5-120 mg tab 12h	1	EX

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
allergy relief d-12	1	EX
allergy relief d-24	1	EX
allergy relief-d (5-120 mg tab er 12h, 10-240 mg tab er 24h)	1	EX
allergy relief/indoor/outdoor	1	EX
allergy relief/nasal decongest (5-120 mg tab er 12h, 10-240 mg tab er 24h)	1	EX
allergy-d 12hr	1	EX
allergy-d 24hr	1	EX
allergy/congestion relief	1	EX
antihistamine & nasal deconges	1	EX
azelastine hcl (0.1 %, 137 mcg/spray)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
azelastine-fluticasone	4	LC (23 cada 30 OVER TIME)
cetirizine hcl (5 mg chew tab, 5 mg tab, 10 mg chew tab, 10 mg tab)	1	EX
cetirizine hcl 1 mg/ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
cetirizine hcl 5 mg/5ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s))
cetirizine hcl allergy child	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
cetirizine hcl childrens alrgy	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
cetirizine hcl childrens hives	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
cetirizine-pseudoephedrine er	1	EX
childrens 24 hour allergy	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
childrens loratadine	1	EX

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
cvs allergy & hives relief	1	EX
cvs allergy childrens	1	EX
cvs allergy relief (5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 60 mg tab)	1	EX
cvs allergy relief 5 mg tab	1	LC (30 cada 30 dia(s)), EX
cvs allergy relief childrens (5 mg chew tab, 30 mg/5ml suspension)	1	EX
cvs allergy relief childrens 5 mg/5ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
cvs allergy relief d (5-120 mg tab er, 60-120 mg tab er)	1	EX
cvs allergy relief d24	1	EX
cvs allergy relief(cetirizine)	1	EX
cvs allergy relief-d (5-120 mg tab er 12h, 10-240 mg tab er 24h)	1	EX
cvs allergy relief-d12	1	EX
cvs indoor/outdoor allergy rlf	1	EX
cyproheptadine hcl 2 mg/5ml syrup	2	LC (4500 cada 30 dia(s))
cyproheptadine hcl 4 mg tab	3	LC (450 cada 30 dia(s))
desloratadine	2	LC (30 cada 30 dia(s))
eq all day allergy relief	1	EX
eq allerg relief child (cetir)	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
eq allerg relief child (lorat)	1	EX
eq allergy & congestion relief	1	EX
eq allergy childrens	1	EX
eq allergy relief (5-120 mg tab er 12h, 10 mg tab, 180 mg tab)	1	EX
eq allergy relief (cetirizine) 1 mg/ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
eq allergy relief (cetirizine) 10 mg tab	1	EX
eq allergy relief 5 mg tab	1	LC (30 cada 30 dia(s)), EX
eq allergy relief childrens 30 mg/5ml suspension	1	EX
eq allergy relief d 12 hour	1	EX
eq allergy relief nasal decong (5-120 mg tab er 12h, 10-240 mg tab er 24h)	1	EX
eq cetirizine hcl 10 mg chew tab	1	EX
eq cetirizine hcl 5 mg/5ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
eq loratadine childrens (5 mg chew tab, 10 mg tab disp)	1	EX
eql all day allergy	1	EX
eql all day allergy childrens	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
eql allergy relief (10 mg tab, 180 mg tab)	1	EX
fexofenadine hcl (60 mg tab, 180 mg tab)	1	EX
fexofenadine-pseudoephed er (er 60-120 mg tab er 12h, er 180-240 mg tab er 24h)	1	EX
ft all day allergy 24 hour	1	EX
ft all day allergy ergy 10 mg tab	1	EX
ft all day allergy ergy 5 mg/5ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
ft all day allergy relief	1	EX
ft all day allergy-d	1	EX
ft allergy & congestion-d 12hr	1	EX
ft allergy childrens	1	EX
ft allergy d-12 hour	1	EX
ft allergy relief (10 mg tab, 180 mg tab)	1	EX

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ft allergy relief 12 hour	1	EX
ft allergy relief 24 hour	1	EX
ft allergy relief cetirizine	1	EX
ft allergy relief childrens 5 mg chew tab	1	EX
ft allergy relief childrens 5 mg/5ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
ft allergy relief loratadine	1	EX
ft allergy relief-d	1	EX
gnp all day allergy	1	EX
gnp all day allergy childrens (ergy 1 mg/ml, ergy 5 mg/5ml)	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
gnp all day allergy-d	1	EX
gnp allergy & congestion	1	EX
gnp allergy relief 180 mg tab	1	EX
gnp allergy relief 24 hr	1	LC (30 cada 30 dia(s)), EX
gnp allergy/congestion relief	1	EX
gnp fexofenadine hcl	1	EX
gnp fexofenadine/pse er	1	EX
gnp loratadine (5 mg/5ml solution, 10 mg tab, 10 mg tab disp)	1	EX
gnp loratadine childrens	1	EX
gnp loratadine-d 12hr	1	EX
goodsense all day allergy ergy 10 mg tab	1	EX
goodsense all day allergy ergy 5 mg/5ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
goodsense all day allergy-d	1	EX
goodsense aller-ease	1	EX
goodsense allergy relief (10 mg cap, 10 mg tab)	1	EX

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
goodsense allergy relief child	1	EX
hm all day allergy childrens	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
hm all day allergy ergy 10 mg tab	1	EX
hm all day allergy ergy 5 mg/5ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
hm allergy & congestion	1	EX
hm allergy complete-d	1	EX
hm allergy relief (60 mg tab, 180 mg tab)	1	EX
hm allergy relief (cetirizine)	1	EX
hm allergy relief/nasal decong	1	EX
hm cetirizine hcl	1	EX
hm fexofenadine hcl 60 mg tab	1	EX
hm loratadine	1	EX
hm loratadine childrens	1	EX
kls aller-fex	1	EX
kls aller-tec childrens	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
kls allerclear	1	EX
kp fexofenadine hcl	1	EX
levocetirizine dihydrochloride 2.5 mg/5ml solution	2	
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab	1	LC (30 cada 30 dia(s)), EX
loratadine (5 mg/5ml solution, 10 mg cap, 10 mg tab, 10 mg tab disp)	1	EX
loratadine childrens (5 mg chew tab, 5 mg/5ml solution)	1	EX
loratadine-d 12hr	1	EX
loratadine-d 24hr	1	EX

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
meijer allergy relief-d	1	EX
mm allergy relief 24 hour	1	EX
olopatadine hcl 0.6 % solution	3	LC (30.5 cada 30 OVER TIME)
px childrens allergy	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
qc all day allergy	1	EX
qc all day allergy relief	1	EX
qc allergy relief (10 mg cap, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 60 mg tab, 180 mg tab)	1	EX
qc allergy relief (cetirizine)	1	EX
qc allergy relief childrens 1 mg/ml syrup	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
qc cetirizine allergy relief	1	EX
qc childrens allergy	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
qc loratadine allergy relief	1	EX
qc loratadine-d	1	EX
ra allergy relief 10 mg cap	1	EX
ra allergy relief childrens (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution, 5 mg/5ml syrup)	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
sb cetirizine hcl childrens	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
sb loratadine 10 mg tab	1	EX
sm all day allergy	1	EX
sm all day allergy childrens (ergy 1 mg/ml, ergy 5 mg/5ml)	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
sm all day allergy relief	1	EX

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
sm all day allergy-d	1	EX
sm allergy childrens	1	EX
sm allergy relief 60 mg tab	1	EX
sm fexofenadine hcl (60 mg tab, 180 mg tab)	1	EX
sm lorata-dine d	1	EX
sm loratadine (5 mg/5ml solution, 10 mg tab)	1	EX
sm loratadine d 12hr	1	EX
wal-fex allergy 60 mg tab	1	EX
wal-itin d 24 hour	1	EX
wal-zyr 10 mg cap	1	EX
wal-zyr 5 mg/5ml solution	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
wal-zyr all day allergy child	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
wal-zyr allergy childrens	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
wal-zyr childrens (1 mg/ml, 5 mg/5ml)	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)
xyzal allergy 24hr	1	LC (30 cada 30 dia(s)), EX
zyrtec childrens allergy (1 mg/ml, 5 mg/5ml)	1	LC (300 cada 30 dia(s)), (Normally Excluded, Plan Opts to Cover)

ANTILEUKOTRIENES

montelukast sodium (4 mg chew tab, 5 mg chew tab, 10 mg tab)	1	LC (60 cada 30 dia(s))
montelukast sodium 4 mg packet	1	LC (30 cada 30 dia(s))
roflumilast (250 mcg tab, 500 mcg tab)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)	2	LC (60 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
BRONCHODILATORS		
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	2	LC (36 cada 30 OVER TIME)
arformoterol tartrate	3	LC (120 cada 30 dia(s)), 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	
cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln	3	BVD
EPINEPHRINE (0.15 MG/0.15ML SOLN A-INJ, 0.3 MG/0.3ML SOLN A-INJ)	2	LC (2 cada 30 OVER TIME)
epinephrine (0.15 mg/0.3ml soln, 0.3 mg/0.3ml soln)	2	
formoterol fumarate	4	LC (120 cada 30 dia(s)), BVD
ipratropium bromide 0.02 % solution	2	BVD
ipratropium bromide 0.03 % solution	2	
ipratropium bromide 0.06 % solution	2	
ipratropium bromide hfa	4	
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	2	
SEREVENT DISKUS	3	LC (60 cada 30 dia(s))
SPIRIVA HANDIHALER	3	LC (30 cada 30 dia(s))
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (4 cada 30 dia(s))
SPIRIVA RESPIMAT 2.5 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (4 cada 30 dia(s))
STRIVERDI RESPIMAT	3	LC (4 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)	2	
UMECLIDINIUM ELLIPTA	3	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
VENTOLIN HFA	3	LC (36 cada 30 dia(s))
CYSTIC FIBROSIS AGENTS		
BRONCHITOL	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
BRONCHITOL TOLERANCE TEST	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
KALYDECO (5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
PULMOZYME	5	LC (150 cada 30 dia(s)), BVD
TRIKAFTA (50-25-37.5 75 MG TAB THPK, 100-50-75 150 MG TAB THPK)	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
TRIKAFTA (80-40-60 59.5 MG THER PACK, 100-50-75 75 MG THER PACK)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE		
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)	2	
PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)	5	AP, AL, LC (30 cada 30 dia(s))
bosentan (62.5 mg tab, 125 mg tab)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
bosentan 32 mg tab sol	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
macitentan	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp	3	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
sildenafil citrate 20 mg tab	3	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
tadalafil (pah)	2	AP, LC (60 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TADLIQ	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
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	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	5	AP, LC (200 cada 180 OVER TIME)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	5	AP
PULMONARY FIBROSIS AGENTS		
nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)	5	LC (60 cada 30 dia(s))
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
PIRFENIDONE	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)	5	AP, LC (270 cada 30 dia(s))
pirfenidone 801 mg tab	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
acetylcysteine 10 % solution	2	BVD
acetylcysteine 20 % solution	2	BVD
ANORO ELLIPTA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
BEVESPI AEROSPHERE	4	LC (10.7 cada 30 dia(s))
BREO ELLIPTA (50-25 MCG/INH AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
breyna (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)	2	LC (20.4 cada 30 dia(s))
BREZTRI AEROSPHERE (160-18-4.8 MCG/ACT AEROSOL, 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL)	3	LC (10.7 cada 30 dia(s))
budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)	2	LC (20.4 cada 30 dia(s))
COMBIVENT RESPIMAT	3	LC (8 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL 100-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL 200-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE-SALMETEROL (45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL)	4	LC (12 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE-SALMETEROL (55-14 MCG/ACT AER POW BA, 113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA)	2	LC (1 cada 30 dia(s))
ipratropium-albuterol	2	BVD
STIOLTO RESPIMAT	3	LC (4 cada 30 dia(s))
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
wixela inhub (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
baclofen (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	2	
carisoprodol 350 mg tab	2	LC (120 cada 30 dia(s))
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	
tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)	2	
tizanidine hcl 2 mg cap	2	LC (540 cada 30 dia(s))

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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
tizanidine hcl 4 mg cap	2	LC (270 cada 30 dia(s))
tizanidine hcl 6 mg cap	2	LC (180 cada 30 dia(s))

SLEEP DISORDER AGENTS

SLEEP PROMOTING AGENTS

BELSOMRA (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
ramelteon	2	LC (30 cada 30 dia(s))
temazepam (7.5 mg cap, 22.5 mg cap)	2	
temazepam 15 mg cap	2	LC (60 cada 30 dia(s))
temazepam 30 mg cap	2	LC (30 cada 30 dia(s))
triazolam (0.125 mg tab, 0.25 mg tab)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
zaleplon (5 mg cap, 10 mg cap)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
zolpidem tartrate (5 mg tab, 10 mg tab)	2	LC (60 cada 30 dia(s))
zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab er, er 12.5 mg tab er)	2	LC (30 cada 30 dia(s))

WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS

armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)	2	LC (90 cada 30 dia(s))
modafinil (100 mg tab, 200 mg tab)	3	LC (90 cada 30 dia(s))
SUNOSI (75 MG TAB, 150 MG TAB)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
WAKIX (4.45 MG TAB, 17.8 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))

Uncategorized

Unclassified

BD ECLIPSE SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
BD INTEGRA SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
BD LUER-LOK SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
CAREPOINT SAFETY1ST SYR/NEEDLE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
CAREPOINT SYRINGE LUER LOCK 25G X 1" 3 ML MISC	2	
CARETOUCH LUER LOCK SYR/NEEDLE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR 25G X 1" 3 ML MISC	2	
EASY TOUCH SAFETY SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
EASYPOINT NEEDLE/SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
LUER LOCK SAFETY SYRINGES 25G X 1" 3 ML MISC	2	
MONOJECT ALLERGIST TRAY 27G X 1/2" 1 ML KIT	2	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
MONOJECT SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5	3	AP, LC (15 cada 30 OVER TIME)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	3	AP, LC (15 cada 30 OVER TIME)
OMNIPOD 5 LIBRE PODS	3	AP, LC (15 cada 30 OVER TIME)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	AP, LC (15 cada 30 OVER TIME)
SOL-CARE SAFETY SYRINGE ALLERG	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 vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
SYRINGE LUER LOCK 25G X 1" 3 ML MISC	2	
VANISHPOINT SAFETY SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
VANISHPOINT SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	2	
VERISAFE SAFE STERILE SYRINGE 25G X 1" 3 ML MISC	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 vii

Índice de medicamentos

1

12 hour allergy-d 146
12hr allergy & congestion . . . 146
12hr allergy relief 146
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 110
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 110,111

2

24hr allergy & congestion reli 147
24hr allergy relief 147

A

abacavir sulfate 45
abacavir sulfate-lamivudine . . 45
abigale 94
abigale lo 94
ABILIFY ASIMTUFII 40
ABILIFY MAINTENA 40
abiraterone acetate 26
abirtega 26
ABOUTTIME PEN NEEDLE 111
ABRYSVO 107
acamprosate calcium 4
acarbose 51
accutane 72
acebutolol hcl 62
acetaminophen-codeine 1
acetazolamide 64
acetazolamide er 64
acetic acid 145
acetylcysteine 157
acitretin 72
ACTHIB 107
ACTIMMUNE 26
acyclovir 45,46
acyclovir sodium 46
ADACEL 107
adapalene 72
ADBRY 73
adefovir dipivoxil 46
ADEMPAS 156
advanced eye relief 140
ADVOCATE ALCOHOL PREP PADS 111
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 111
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 111
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 111
AGONEAZE 3
AJOVY 25
ak-poly-bac 142
AKEEGA 26
albendazole 38
albuterol sulfate 155
albuterol sulfate hfa 155
alclometasone dipropionate . . . 73
ALCOH-GLOVE CONTOURED WIPE 111
ALCOHOL PADS 111
ALCOHOL PREP 111
ALCOHOL PREP PADS 111
ALCOHOL SWABS 111
ALCOHOL SWABSTICK 111
alcohol wipes 111
ALECENSA 26
alendronate sodium 109
alfuzosin hcl er 91
aliskiren fumarate 101
all day allergy 147
all day allergy childrens 147
all day allergy d 147
all day allergy-d 147
all-day allergy childrens 147
aller-ease 147
allergy (cetirizine) 147
allergy 24-hr 147
allergy 24hour indoor/outdoor . 147
allergy childrens 147
allergy nasal spray (momet) . . 145
allergy rel child (loratadine) . . . 147
allergy relief 147
allergy relief (cetirizine) 147
allergy relief (loratadine) 147
allergy relief ceterizine 147
allergy relief cetirizine 147
allergy relief childrens 147
allergy relief childrens 24-hr . . 147
allergy relief d 147
allergy relief d-12 148
allergy relief d-24 148
allergy relief-d 148
allergy relief/indoor/outdoor . . . 148
allergy relief/nasal decongest . 148
ALLERGY SYRINGE 111
allergy-d 12hr 148
allergy-d 24hr 148
allergy/congestion relief 148
allopurinol 25
ALOGLIPTIN BENZOATE 51
ALOGLIPTIN-METFORMIN HCL 51
ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE . 51
alosetron hcl 87
ALPHAGAN P 144
alprazolam 50
alprazolam er 50
ALPRAZOLAM INTENSOL 50
alprazolam xr 50
ALTOPREV 67
ALTRENO 72
ALTRIXA OB 76
ALUNBRIG 26
amabelz 94
amantadine hcl 39
ambrisentan 156
amikacin sulfate 6
amiloride hcl 66

AMILORIDE-HYDROCHLOROTHIAZIDE . 64
amiodarone hcl 61
amitriptyline hcl 18
AMJEVITA 102
amlodipine besy-benazepril hcl 64
amlodipine besylate 63
amlodipine besylate-valsartan 64
amlodipine-atorvastatin 65
amlodipine-olmesartan 65
ammonium lactate 73
amnesteem 72
amoxapine 18
amoxicillin 6
amoxicillin trihydrate 6
amoxicillin-pot clavulanate 6
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 6
amphetamine-dextroamphetamine 69
amphetamine-dextroamphetamine 69
AMPHOTERICIN B 23
amphotericin b liposome 23
ampicillin 6
ampicillin sodium 6
ampicillin-sulbactam sodium . . . 6
anagrelide hcl 57
anastrozole 26
ANORO ELLIPTA 157
antihistamine & nasal deconges 148
APLENZIN 18
apomorphine hcl 39
APRACLONIDINE HCL 145
aprepitant 22
apri 94
APTIVUS 46
AQ INSULIN SYRINGE 111
AQINJECT PEN NEEDLE . . . 111
AQNEURSA 89
ARANELLE 94
ARANESP (ALBUMIN FREE) . 58
ARCALYST 103
AREXVY 107
arformoterol tartrate 155
ARIKAYCE 6
aripiprazole 40
ARISTADA 40
ARISTADA INITIO 41
ARMLUPEG 58
armodafinil 159
ARNUITY ELLIPTA 146
ascomp-codeine 1
asenapine maleate 41
ASMANEX (120 METERED DOSES) 146
ASMANEX (30 METERED DOSES) 146
ASMANEX (60 METERED DOSES) 146
ASMANEX HFA 146
aspirin-dipyridamole er 59
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 112
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 112
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES 112
ATABEX EC 76
atazanavir sulfate 46
atenolol 62
atenolol-chlorthalidone 65
ATOMOXETINE HCL 69
atomoxetine hcl 69
atorvastatin calcium 67
atovaquone 38
atovaquone-proguanil hcl 38
atropine sulfate 141
ATTRUBY 90
AUGTYRO 26
AUM ALCOHOL PREP PADS 112
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 112
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 112
AUM PEN NEEDLE 112
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE 112
AUM SAFETY PEN NEEDLE . 112
AURANOFIN 103
AURORA PEN NEEDLES 112
AURORA UNIFINE PENTIPS . 112
AUSTEDO 70
AUSTEDO XR 70
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 70,71
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 112
AUVELITY 19
AUVI-Q 155
aviane 94
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 26
AVTOZMA 103
AYVAKIT 27
azathioprine 105
azelaic acid 72
azelastine hcl 141,148
azelastine-fluticasone 148
AZELEX 72
AZENTRA 76
AZESCO 76
azithromycin 6,7
aztreonam 7
azurette 94

B

bac (butalbital-acetamin-caff) 1
BACITRA-NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 142

BACITRACIN-POLYMYXIN B 142
baclofen 158
balsalazide disodium 109
BALVERSA 27
balziva 94
BAND-AID GAUZE SMALL . 112
BAQSIMI ONE PACK 54
BAQSIMI TWO PACK 54
BARACLUDE 46
BAXDELA 7
BCG VACCINE 107
BD ALLERGY SYRINGE . . . 112
BD AUTOSHIELD DUO 112
BD ECLIPSE SYRINGE 159
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 112
BD INSULIN SYRINGE 113
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT 113
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 113
BD INSULIN SYRINGE U-500 113
BD INSULIN SYRINGE U/F . 113
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT 113
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 113
BD INTEGRA SYRINGE 159
BD LUER-LOK SYRINGE . . 160
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE 113
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE 113
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 113
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE 113
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE 113
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE 113
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 113
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE 113,160
BD SWAB SINGLE USE REGULAR 114
BD TB SYRINGE 114
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 114
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 114
BELSOMRA 159
benazepril hcl 60
benazepril-hydrochlorothiazide 65
BENLYSTA 103
benzoyl peroxide-erythromycin 72
benztropine mesylate 39
bepotastine besilate 141
BEQALZI 27
BEQALZI STARTER PACK . . . 27
BESIVANCE 142
BESREMI 27
BESREMI PEN 27
betaine 90
betamethasone dipropionate . . 73
betamethasone dipropionate aug 73
betamethasone valerate 73
betaxolol hcl 62
BETAXOLOL HCL 144
bethanechol chloride 91
BETOPTIC-S 144
BEVESPI AEROSPHERE . . . 157
bexarotene 27
BEXSERO 107
bicalutamide 27
BICILLIN C-R 7
BICILLIN C-R 900/300 7
BICILLIN L-A 7
BIKTARVY 46
BILDYOS 109
BILPREVDA 109
bimatoprost 145
bis subcit-metronid-tetracyc 88
bismuth/metronidaz/tetracyclin . 88
BISOPROLOL FUMARATE 62
bisoprolol-hydrochlorothiazide . 65
BIVIGAM 101
blisovi fe 1.5/30 94
BOOSTRIX 107
bosentan 156
BOSULIF 27
bosutinib 27
BRAFTOVI 27
BREO ELLIPTA 157
breyna 157
BREZTRI AEROSPHERE 157
briellyn 94
brimonidine tartrate 145
brinzolamide 145
brivaracetam 12
bromfenac sodium (once-daily) 143
bromocriptine mesylate 39
BRONCHITOL 156
BRONCHITOL TOLERANCE TEST 156
BRUKINSA 27
budesonide 92,146
budesonide er 92
budesonide-formoterol fumarate 157
bumetanide 66
buprenorphine 2
buprenorphine hcl 4
buprenorphine hcl-naloxone hcl . 4
bupropion hcl 19
bupropion hcl er (smoking det) . . 4

bupropion hcl er (sr) 19
BUPROPION HCL ER (XL) . . 19
bupropion hcl er (xl) 19
buspirone hcl 50
butalbital-apap-caff-cod 1
butalbital-apap-caffeine 1
butalbital-asa-caff-codeine 1
butalbital-aspirin-caffeine 1
BYSANTI 41
BYSANTI TITRATION PACK A 41
BYSANTI TITRATION PACK B 41
BYSANTI TITRATION PACK C 41

C

C-NATE DHA 76
cabergoline 100
CABLIVI 59
CABOMETYX 27
calcipotriene 74
CALCIPOTRIENE 75
calcipotriene-betameth diprop 75
calcitonin (salmon) 109
CALCITRIOL 75
calcitriol 109
calcium acetate 86
calcium acetate (phos binder) 86
CALQUENCE 27
camila 99
candesartan cilexetil 60
candesartan cilexetil-hctz 65
CAPLYTA 41
CAPRELSA 27
captopril 60
CARBAMAZEPINE 12
carbamazepine 12
carbamazepine er 12
carbidopa 39
carbidopa-levodopa 39
carbidopa-levodopa er 39
CARBIDOPA-LEVODOPA ER 39
carbidopa-levodopa-entacapone 39
CAREFINE PEN NEEDLES . 114
CAREONE INSULIN SYRINGE 114
CAREONE UNIFINE PENTIPS 114
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS 114
CAREPOINT SAFETY1ST SYR/NEEDLE 160
CAREPOINT SYRINGE LUER LOCK 160
CARETOUCH ALCOHOL PREP 114
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 114
CARETOUCH LUER LOCK SYR/NEEDLE 160
CARETOUCH PEN NEEDLES 115
carglumic acid 90
carisoprodol 158
CARTEOLOL HCL 144
cartia xt 63
carvedilol 62
carvedilol phosphate er 62
caspofungin acetate 23
cataflam 1
CAYSTON 7
CEFACLOR 7
CEFACLOR ER 7
cefadroxil 7
cefazolin sodium 7
cefdinir 7
cefepime hcl 7
cefixime 7
cefoxitin sodium 7
cefpodoxime proxetil 8
cefprozil 8
ceftaroline fosamil 8
CEFTAZIDIME 8
ceftriaxone sodium 8
cefuroxime axetil 8
cefuroxime sodium 8
celecoxib 1
cephalexin 8
cetirizine hcl 148
cetirizine hcl allergy child 148
cetirizine hcl childrens alrgy . . . 148
cetirizine hcl childrens hives . . 148
cetirizine-pseudoephedrine er 148
CHEMET 85
CHENODAL 88
childrens 24 hour allergy 148
childrens loratadine 148
chlorhexidine gluconate 71
chloroquine phosphate 38
chlorpromazine hcl 41
CHLORPROMAZINE HCL 41
chlorthalidone 66
CHOLBAM 90
cholestyramine 67
cholestyramine light 67
ciclopirox 75
ciclopirox olamine 75
cilostazol 59
CILOXAN 142
CIMDUO 46
cimetidine 89
cinacalcet hcl 110
ciprofloxacin hcl 8,142,145
ciprofloxacin in d5w 8
ciprofloxacin-dexamethasone 145
ciprofloxacin-hydrocortisone . . 145
CITALOPRAM HYDROBROMIDE 19
citalopram hydrobromide 19

CITRANATAL 90 DHA 76
CITRANATAL ASSURE 76
CITRANATAL B-CALM 76
CITRANATAL DHA 77
CITRANATAL HARMONY 77
claravis 72
CLARITHROMYCIN 8
clarithromycin er 8
CLENPIQ 88
CLEOCIN 75
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 115
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS 115
CLICKFINE PEN NEEDLES 115
clindamycin hcl 8
clindamycin palmitate hcl 8
clindamycin phos (once-daily) 75
clindamycin phos (twice-daily) 75
clindamycin phos-benzoyl perox 72
clindamycin phosphate 8,75,76
clindamycin phosphate in d5w 9
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) 77
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) 77
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) 77
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) 77
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) 77
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) 77
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) 77
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) 77
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 77
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 77
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 77
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) 77
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) 77
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) 77
clinisol sf 77
clobazam 12
clobetasol prop emollient base 73
clobetasol propionate 73
clobetasol propionate e 73
clomipramine hcl 19
CLONAZEPAM 13
clonidine 101
clonidine hcl 101
clonidine hcl er 69
clopidogrel bisulfate 59
clorazepate dipotassium 50
clotrimazole 23
clotrimazole-betamethasone 23
clozapine 41
CO-NATAL FA 77
COARTEM 38
COBENFY 41
COBENFY STARTER PACK 41
colchicine 25
colchicine-probenecid 25
colesevelam hcl 67
colestipol hcl 67
colistimethate sodium (cba) 9
COMBIGAN 141
COMBIVENT RESPIMAT 157
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 27
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 27
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 27
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 115
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 115
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES 115
COMFORT EZ PEN NEEDLES 115,116
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 116
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES 116
COMFORT TOUCH ALCOHOL PREP 116
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 116
COMPLETE NATAL DHA 77
COMPLETENATE 77
compro 41
constulose 87
COPIKTRA 28
COSENTYX 103
COSENTYX (300 MG DOSE) 103
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 103
COSENTYX SENSOREADY PEN 103
COSENTYX UNOREADY 103
COTELLIC 28
CREON 90
CRESEMBA 23
CRINONE 99
cromolyn sodium 90,155
CROMOLYN SODIUM 143
cryselle 94
cryselle-28 94
CURITY ALCOHOL PREPS 116
CURITY GAUZE 116
CVS ALCOHOL PREP PADS 116
cvs allergy & hives relief 149
cvs allergy childrens 149

cvs allergy eye drops 141
cvs allergy relief 149
cvs allergy relief childrens 149
cvs allergy relief d 149
cvs allergy relief d24 149
cvs allergy relief(cetirizine) 149
cvs allergy relief-d 149
cvs allergy relief-d12 149
cvs eye itch relief 141
CVS GAUZE 116
cvs indoor/outdoor allergy rlf 149
cvs isopropyl alcohol wipes 116
cvs nicotine 4
cvs nicotine polacrilex 4
cvs olopatadine hcl 141
CVS PREP 116
cyanocobalamin 77
cyclobenzaprine hcl 158
CYCLOPHOSPHAMIDE 28
cyclosporine 105
cyclosporine (pf) 141
cyclosporine modified 105
cyproheptadine hcl 149
CYSTAGON 90

D

dabigatran etexilate mesylate 56
dalbavancin hcl 9
dalfampridine er 71
danazol 93
DANZITEN 28
dapaglifloz base-metformin er 51
dapagliflozin 51
dapsone 26,76
DAPTACEL 107
daptomycin 9
darifenacin hydrobromide er 91
darunavir 46
dasatinib 28
DAURISMO 28
deferasirox 85
deferasirox granules 85
deferiprone 86
DELSTRIGO 46
DEPO-ESTRADIOL 94
DEPO-SUBQ PROVERA 104 99
DERMACEA TYPE VII GAUZE 116
DERMACINRX PNV PRENATOL 77
DERMACINRX PRETRATE 77
DESCOVY 46
desipramine hcl 19
desloratadine 149
desmopressin ace spray refrig 93
desmopressin acetate 93
desogestrel-ethinyl estradiol 94
desonide 73
desoximetasone 73
DESVENLAFAXINE ER 19
desvenlafaxine succinate er 19
dexamethasone 92
DEXAMETHASONE 92
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 143
dexmethylphenidate hcl er 69
dextroamphetamine sulfate 70
dextroamphetamine sulfate er 70
dextrose 77
DEXTROSE-NACL 77
dextrose-sodium chloride 78
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE 78
DIACOMIT 13
DIATHRIVE PEN NEEDLE 116
diazepam 13,50
diazepam intensol 50
diazoxide 54
dichlorphenamide 90
diclofenac potassium 1
diclofenac potassium(migraine) 25
diclofenac sodium 1,143
diclofenac sodium er 1
dicloxacillin sodium 9
dicyclomine hcl 87
DIFICID 9
diflunisal 2
digoxin 61
DIGOXIN 61
dihydroergotamine mesylate 25
DILANTIN 13
DILANTIN INFATABS 13
DILANTIN-125 13
dilt-xr 63
diltiazem hcl 63
diltiazem hcl er 63
diltiazem hcl er beads 63
diltiazem hcl er coated beads 63
dimethyl fumarate 71
dimethyl fumarate starter pack 71
DIPENTUM 109
diphenoxylate-atropine 87
disulfiram 4
divalproex sodium 13
divalproex sodium er 13
dofetilide 61
dolishale 94
donepezil hcl 18
dorzolamide hcl 145
dorzolamide hcl-timolol mal 141
dorzolamide hcl-timolol mal pf 141
dotti 94
DOVATO 46
doxazosin mesylate 101
doxepin hcl 19
DOXEPIN HCL 19
DOXERCALCIFEROL 110
doxy 100 9
doxycycline hyclate 9
doxycycline monohydrate 9
DRIZALMA SPRINKLE 19

dronabinol 22
DROPLET INSULIN SYRINGE 117
DROPLET MICRON 117
DROPLET PEN NEEDLES . 117
DROPSAFE ALCOHOL PREP 117
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO 117
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 117
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 117
drospiren-eth estrad-levomefol 95
drospirenone-ethinyl estradiol 95
droxidopa 60
DRUG MART UNIFINE PENTIPS 117
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS 118
DUAVEE 99
DUET DHA 400 78
DUET DHA BALANCED 78
duloxetine hcl 19,20
DULOXETINE HCL 19
DUPIXENT 103
dutasteride 91
dutasteride-tamsulosin hcl . . . 91

E

EASY COMFORT ALCOHOL PADS 118
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 118
EASY COMFORT PEN NEEDLES 118
EASY GLIDE PEN NEEDLES 118
EASY TOUCH ALCOHOL PREP MEDIUM 118
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 118
EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR 160
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 118
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 118,119
EASY TOUCH PEN NEEDLES 119
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 119
EASY TOUCH SAFETY SYRINGE 160
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 119,160
EASYPOINT NEEDLE/SYRINGE 160
econazole nitrate 23
EDARBYCLOR 65
EDURANT PED 46
efavirenz 46
efavirenz-emtricitab-tenofo df . 46
efavirenz-lamivudine-tenofovir 46
eletriptan hydrobromide 25
ELIGARD 28
ELIQUIS 56,57
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 56
ELIQUIS (2 MG PACK) 56
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 57
ELMIRON 91
eltrombopag olamine 58
eluryng 95
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 119
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 119
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 119
EMBECTA INSULIN SYRINGE 119
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 119
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 120
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F 120
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 120
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 120
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 120
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 120
EMBRACE PEN NEEDLES . . . 120
EMBRIVA 78
EMGALITY 25
EMGALITY (300 MG DOSE) . . . 25
EMSAM 20
emtricitab-rilpivir-tenofov df 46
emtricitabine 46
emtricitabine-tenofovir df 46
EMTRIVA 46
enalapril maleate 60
enalapril-hydrochlorothiazide . . . 65
ENBREL 103
ENBREL MINI 105
ENBREL SURECLICK 103
ENGERIX-B 107
enilloring 95
enoxaparin sodium 57
ENSACOVE 28
ENSPRYNG 103
ENSTILAR 75
entacapone 39
entecavir 46,47
ENTRESTO 65
ENTYVIO PEN 103

enulose 87
ENVARSUS XR 105
EPIDIOLEX 13
EPINEPHRINE 155
epinephrine 155
eplerenone 68
EPOGEN 58
EPRONTIA 13
eq all day allergy relief 149
eq allerg relief child (cetir) 149
eq allerg relief child (lorat) 149
eq allergy & congestion relief 149
eq allergy childrens 149
eq allergy relief 149,150
eq allergy relief (cetirizine) 149,150
eq allergy relief childrens 150
eq allergy relief d 12 hour 150
eq allergy relief nasal decong 150
eq cetirizine hcl 150
eq eye itch relief 141
eq loratadine childrens 150
eq nicotine 4
eq nicotine polacrilex 4
eq nicotine step 3 4
eq olopatadine hcl 141
EQL ALCOHOL SWABS 120
eql all day allergy 150
eql all day allergy childrens 150
eql allergy relief 150
EQL GAUZE 120
EQL INSULIN SYRINGE 120
EQUETRO 41
ergocalciferol 78
ERIVEDGE 28
ERLEADA 28
erlotinib hcl 28
errin 99
ertapenem sodium 9
ERY 76
erythrocin lactobionate 9
erythromycin 9,142
ERYTHROMYCIN 76
erythromycin base 9
erythromycin ethylsuccinate 9
erythromycin lactobionate 9
ERZOFRI 42
escitalopram oxalate 20
eslicarbazepine acetate 13
esomeprazole magnesium 89
ESSENTRA WIPES 9X9" 120
estarylla 95
estradiol 95
estradiol-norethindrone acet 95
estrogens conjugated 95
eszopiclone 159
ETCAMAH 28
ethacrynic acid 66
ethambutol hcl 26
ethosuximide 13
ethynodiol diac-eth estradiol 95
etodolac 2
etodolac er 2
etonogestrel-ethinyl estradiol 95
etravirine 47
EUCRISA 73
EULEXIN 28
EVENITY 110
everolimus 28,106
EVOTAZ 47
EXEL COMFORT POINT INSULIN SYR 120,121
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 121
exemestane 28
EXXUA 20
EXXUA TITRATION PACK 20
eye allergy itch relief 141
eye allergy itch/redness rel 141
eye itch relief 141
ezetimibe 67
ezetimibe-simvastatin 67

F

famciclovir 47
famotidine 89
FANAPT 42
FANAPT TITRATION PACK A 42
FANAPT TITRATION PACK B 42
FANAPT TITRATION PACK C 42
FARXIGA 51
FASENRA 103
FASENRA PEN 103
febuxostat 25
feirza 1.5/30 95
feirza 1/20 95
felbamate 13
felodipine er 63
FEMRING 95
fenofibrate 67
fenofibrate micronized 67
fenofibric acid 67
FENOPROFEN CALCIUM 2
fentanyl 2
FERRIPROX 86
fesoterodine fumarate er 91
FETZIMA 20
FETZIMA TITRATION 20
fexofenadine hcl 150
fexofenadine-pseudoephed er 150
FIASP 54
FIASP FLEXTOUCH 55
FIASP PENFILL 55
fidaxomicin 9
FIFTY50 ALCOHOL PREP 121
FIFTY50 PEN NEEDLES 121
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR 121
FILSPARI 65
FINACEA 72
finasteride 91

fingolimod hcl . . . 71
FINTEPLA . . . 14
FIRMAGON . . . 29
FIRMAGON (240 MG DOSE) 29
FIRVANQ . . . 10
FLAREX . . . 143
flavoxate hcl . . . 91
flecainide acetate . . . 61
fluconazole . . . 23
fluconazole in sodium chloride . . . 23
flucytosine . . . 23
fludrocortisone acetate . . . 92
flunisolide . . . 146
fluocinolone acetonide . . . 73,74,145
fluocinolone acetonide scalp . 74
fluocinonide . . . 74
fluorometholone . . . 144
FLUOROURACIL . . . 75
fluoxetine hcl . . . 20
FLUOXETINE HCL . . . 20
FLUOXETINE HCL (PMDD) . 20
fluphenazine decanoate . . . 42
fluphenazine hcl . . . 42
FLUPHENAZINE HCL . . . 42
flurbiprofen . . . 2
FLURBIPROFEN SODIUM . 144
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL . . . 158
fluticasone propionate . . . 74,146
FLUTICASONE PROPIONATE DISKUS . . . 146
fluticasone propionate hfa . . 146
FLUTICASONE PROPIONATE HFA . . . 146
fluticasone-salmeterol . . . 158
FLUTICASONE-SALMETEROL . . . 158
fluvastatin sodium . . . 67
fluvoxamine maleate . . . 20
fluvoxamine maleate er . . . 20
FML FORTE . . . 144
FOLATEXCEL . . . 78
folic acid . . . 78
fondaparinux sodium . . . 57
formoterol fumarate . . . 155
fosamprenavir calcium . . . 47
fosfomycin tromethamine . . . 10
fosinopril sodium . . . 61
fosinopril sodium-hctz . . . 65
FOTIVDA . . . 29
FREDS PHARMACY UNIFINE PENTIP+ . . . 121
FREDS PHARMACY UNIFINE PENTIPS . . . 121
frovatriptan succinate . . . 25
FRUZAQLA . . . 29
ft all day allergy . . . 150
ft all day allergy 24 hour . . . 150
ft all day allergy relief . . . 150
ft all day allergy-d . . . 150
ft allergy & congestion-d 12hr . . . 150
ft allergy childrens . . . 150
ft allergy d-12 hour . . . 150
ft allergy relief . . . 150
ft allergy relief 12 hour . . . 151
ft allergy relief 24 hour . . . 151
ft allergy relief cetirizine . . . 151
ft allergy relief childrens . . . 151
ft allergy relief loratadine . . . 151
ft allergy relief-d . . . 151
ft eye allergy itch & redness . 141
ft eye allergy itch relief . . . 141
ft nicotine . . . 4
ft nicotine mini . . . 4
FULPHILA . . . 58
furosemide . . . 66
FUROSEMIDE . . . 67
fyavolv . . . 95
FYLNETRA . . . 58

G

gabapentin . . . 14
GALANTAMINE HYDROBROMIDE . . . 18
galantamine hydrobromide . . . 18
galantamine hydrobromide er . . 18
gallifrey . . . 99
GAMMAGARD . . . 102
GAMMAGARD S/D LESS IGA . . . 102
GAMMAKED . . . 102
GAMMAPLEX . . . 102
GAMUNEX-C . . . 102
GARDASIL 9 . . . 107
gatifloxacin . . . 142
GATTEX . . . 88
GAUZE PADS . . . 121
GAVILYTE-C . . . 88
gavilyte-g . . . 88
gavilyte-n with flavor pack . . . 88
GAVRETO . . . 29
gefitinib . . . 29
gemfibrozil . . . 68
generlac . . . 87
gengraf . . . 106
GENOTROPIN . . . 88
GENOTROPIN MINIQUICK . . . 88
GENTAMICIN IN SALINE . . . 10
gentamicin sulfate . . . 10,76,142
GENVOYA . . . 47
GESTYRA . . . 78
GILOTRIF . . . 29
glatiramer acetate . . . 71
glatopa . . . 71
glimepiride . . . 51
GLIPIZIDE . . . 51
glipizide er . . . 51
glipizide xl . . . 51
glipizide-metformin hcl . . . 51

GLOBAL ALCOHOL PREP EASE . . . 121
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES . . . 121
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR . . . 121
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES . . . 121
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR . . . 122
GLOBAL INSULIN SYRINGES . . . 122
glucagon emergency . . . 54
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE . . . 122
glyburide-metformin . . . 52
glycopyrrolate . . . 87,88
GLYXAMBI . . . 52
GNP ALCOHOL SWABS . . . 122
gnp all day allergy . . . 151
gnp all day allergy childrens 151
gnp all day allergy-d . . . 151
gnp allergy & congestion . . . 151
gnp allergy relief . . . 151
gnp allergy relief 24 hr . . . 151
gnp allergy/congestion relief 151
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES . . . 122
gnp fexofenadine hcl . . . 151
gnp fexofenadine/pse er . . . 151
GNP INSULIN SYRINGE . . . 122
GNP INSULIN SYRINGES . . . 122
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2" . . . 122
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" . . . 122
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16" . . . 123
gnp loratadine . . . 151
gnp loratadine childrens . . . 151
gnp loratadine-d 12hr . . . 151
gnp nicotine . . . 4
gnp nicotine mini . . . 4
gnp nicotine polacrilex . . . 4
gnp olopatadine hcl . . . 141
GNP PEN NEEDLES . . . 123
GNP ULTICARE PEN NEEDLES . . . 123
GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE . . . 123
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE . . . 123
GOMEKLI . . . 29
GOODSENSE ALCOHOL SWABS . . . 123
goodsense all day allergy . . . 151
goodsense all day allergy-d . . . 151
goodsense aller-ease . . . 151
goodsense allergy relief . . . 151
goodsense allergy relief child 152
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE . . . 123
goodsense nicotine . . . 4
goodsense nicotine policrilex . . . 5
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE . . . 123
granisetron hcl . . . 22
GRANIX . . . 58
griseofulvin microsize . . . 23
griseofulvin ultramicrosize . . . 23
guanfacine hcl er . . . 70
GVOKE HYPOPEN 1-PACK . . . 54
GVOKE HYPOPEN 2-PACK . . . 54
GVOKE KIT . . . 54
GVOKE PFS . . . 54

H

H-E-B INCONTROL ALCOHOL . . . 123
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES . . . 123
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP . . . 123
HADLIMA . . . 104
HADLIMA PUSHTOUCH . . . 104
HAEGARDA . . . 101
hailey 24 fe . . . 95
hailey fe 1/20 . . . 95
halobetasol propionate . . . 74
haloperidol . . . 42
haloperidol decanoate . . . 42
haloperidol lactate . . . 42
HAVRIX . . . 107
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE . . . 123
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES . . . 124
HEALTHWISE MINI PEN NEEDLES . . . 124
HEALTHWISE PEN NEEDLES . . . 124
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES . . . 124
HEALTHWISE UNIFINE PENTIPS . . . 124
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP . . . 124
heather . . . 99
HEMADY . . . 92
heparin sodium (porcine) . . . 57
heparin sodium (porcine) +rfid . 57
heparin sodium (porcine) pf . . . 57
HEPLISAV-B . . . 107
HERNEXEOS . . . 29
HIBERIX . . . 107
hm all day allergy . . . 152
hm all day allergy childrens . . . 152
hm allergy & congestion . . . 152
hm allergy complete-d . . . 152
hm allergy relief . . . 152
hm allergy relief (cetirizine) . . . 152
hm allergy relief/nasal decong 152

hm cetirizine hcl 152
hm eye allergy itch relief 141
hm eye allergy itch/red relief 141
hm fexofenadine hcl 152
hm loratadine 152
hm loratadine childrens 152
hm nicotine 5
hm nicotine polacrilex 5
HM STERILE ALCOHOL PREP 124
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 124
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES 124
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 124
HUMALOG 55
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 55
HUMALOG KWIKPEN 55
HUMALOG MIX 50/50 55
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 55
HUMALOG MIX 75/25 55
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 55
HUMULIN 70/30 55
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 55
HUMULIN N 55
HUMULIN N KWIKPEN 55
HUMULIN R 55
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 55
hydralazine hcl 68
hydrochlorothiazide 67
hydrocodone-acetaminophen 1
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 1
hydrocortisone 74,92
hydrocortisone (perianal) 74
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE 75
hydrocortisone-acetic acid 145
hydromorphone hcl 3
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 38
hydroxyurea 29
hydroxyzine hcl 22
HYDROXYZINE PAMOATE 22
HYRNUO 29

I

ibandronate sodium 110
IBRANCE 29
IBTROZI 29
ibu 2
ibuprofen 2
icatibant acetate 101
iclevia 95
ICLUSIG 29
icosapent ethyl 68
IDHIFA 29
IDVYNSO 47
ILEVRO 144
imatinib mesylate 29
IMBRUVICA 29
imipenem-cilastatin 10
imipramine hcl 20
imipramine pamoate 20
imiquimod 75
IMKELDI 29
IMOVAX RABIES 107
INATAL GT 78
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 124
INCRELEX 93
indapamide 67
indomethacin 2
INFANRIX 107
INLURIYO 29
INLYTA 30
INQOVI 30
INREBIC 30
INSULIN LISPRO 55
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 55
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 55
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO 55
INSULIN SYRINGE 124
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 124,125
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 125
INSUPEN PEN NEEDLES 125
INSUPEN SENSITIVE 125
INSUPEN ULTRAFIN 125
INSUPEN32G EXTR3ME 125
INTELENCE 47
INTRAROSA 91
introvale 95
INVEGA HAFYERA 42,43
INVEGA SUSTENNA 43
INVEGA TRINZA 43
IOPIDINE 145
IPOL 107
ipratropium bromide 155
ipratropium bromide hfa 155
ipratropium-albuterol 158
irbesartan 60
irbesartan-hydrochlorothiazide 65
ISENTRESS 47
ISENTRESS HD 47
ISOLYTE-P IN D5W 78
ISOLYTE-S PH 7.4 78
isoniazid 26
isopropyl alcohol 125
isopropyl alcohol wipes 125
isosorbide dinitrate 69
isosorbide mononitrate 69
isosorbide mononitrate er 69
isotretinoin 72

isradipine 63
ITOVEBI 30
itraconazole 24
iv prep wipes 125
ivabradine hcl 65
ivermectin 38,76
IWILFIN 30
IXIARO 107

J

jaimiess 96
JAKAFI 30
JAKAFI XR 30
jantoven 57
JANUMET 52
JANUMET XR 52
JANUVIA 52
JARDIANCE 52
jasmiel 96
JAYPIRCA 30
JENTADUETO 52
JENTADUETO XR 52
JIDEYTRO 30
jinteli 96
JUBBONTI 110
JULUCA 47
junel 1.5/30 96
junel 1/20 96
junel fe 1.5/30 96
junel fe 1/20 96
junel fe 24 96
JUXTAPID 68
JYNNEOS 107

K

KALYDECO 156
kariva 96
kcl in dextrose-nacl 78
KCL IN DEXTROSE-NACL . . 79
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 79
kelnor 1/35 96
KERENDIA 68
ketoconazole 24
KETOROLAC TROMETHAMINE 144
ketotifen fumarate 141
KINERET 104
KINRAY INSULIN SYRINGE 125
KINRIX 107
kionex 86
KISQALI (200 MG DOSE) 30
KISQALI (400 MG DOSE) 30
KISQALI (600 MG DOSE) 30
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 30
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 30
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 30
klayesta 24
klor-con 79
klor-con 10 79
klor-con m10 79
klor-con m15 79
klor-con m20 79
KLOXXADO 5
kls aller-fex 152
kls aller-tec childrens 152
kls allerclear 152
kls quit2 5
kls quit4 5
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G 125
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G 125
KOMZIFTI 30
KOSELUGO 30
KOSHER PRENATAL PLUS IRON 79
kourzeq 71
kp fexofenadine hcl 152
kp folic acid 79
KRAZATI 30
KRINTAFEL 38
kristalose 87
KROGER INSULIN SYRINGE 126
KROGER PEN NEEDLES 126

L

l-glutamine 90
labetalol hcl 62
lacosamide 14
lactulose 87
lactulose encephalopathy 87
LAMICTAL ODT 14
lamivudine 47
lamivudine-zidovudine 47
lamotrigine 14
lamotrigine er 14
lamotrigine odt 14
lamotrigine starter kit-blue 14
lamotrigine starter kit-green 14
lamotrigine starter kit-orange . . . 14
LAMPIT 38
lansoprazole 89
lanthanum carbonate 86
LANTUS 55
LANTUS SOLOSTAR 55
lapatinib ditosylate 31
latanoprost 145
LAZCLUZE 31
LEADER INSULIN SYRINGE 126
LEADER UNIFINE PENTIPS 126
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 126
LEDERLE LEUCOVORIN 31
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR . . . 47
leflunomide 106
lenalidomide 31
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 31

LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 31
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 31
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 31
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 31
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 31
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 31
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 31
LEQEMBI IQLIK 18
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) 18
lessina 96
letrozole 31
leucovorin calcium 31
LEUKERAN 31
LEUKINE 58
leuprolide acetate 31
levalbuterol hcl 155
LEVALBUTEROL TARTRATE 155
levetiracetam 14,15
levetiracetam er 15
LEVOBUNOLOL HCL 144
levocetirizine dihydrochloride 152
levofloxacin 10
LEVOFLOXACIN 142
levofloxacin in d5w 10
levonest 96
levonorg-eth estrad triphasic 96
levonorgest-eth estrad 91-day 96
levonorgestrel-ethinyl estrad 96
levora 0.15/30 (28) 96
levothyroxine sodium 100
levoxyl 100
lidocaine 3
lidocaine viscous hcl 71
lidocaine-prilocaine 3
lidocan 3
LIFYORLI (125 MG DOSE) 31
LIFYORLI (150 MG DOSE) 31
LILETTA (52 MG) 99
linezolid 10
LINZESS 87
liothyronine sodium 100
lisdexamfetamine dimesylate 70
lisinopril 61
lisinopril-hydrochlorothiazide 65
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 126
LITETOUCH PEN NEEDLES 127
lithium 50
lithium carbonate 51
lithium carbonate er 51
LIVIXIL PAK 3
LIVTENCITY 47
LO LOESTRIN FE 96
loestrin 1.5/30 (21) 96
loestrin 1/20 (21) 96
loestrin fe 1.5/30 96
loestrin fe 1/20 96
lofexidine hcl 5
LOKELMA 86
lomustine 31
LONGS INSULIN SYRINGE 127
LONSURF 31
loperamide hcl 87
lopinavir-ritonavir 47
loratadine 152
loratadine childrens 152
loratadine-d 12hr 152
loratadine-d 24hr 152
lorazepam 50
lorazepam intensol 50
LORBRENA 31
loryna 96
losartan potassium 60
losartan potassium-hctz 65
LOTEMAX 144
LOTEMAX SM 144
loteprednol etabonate 144
lovastatin 68
loxapine succinate 43
lubiprostone 87
LUER LOCK SAFETY SYRINGES 160
luizza 1.5/30 96
luizza 1/20 96
LUMAKRAS 31,32
LUPKYNIS 106
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 32
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 32
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 32
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 32
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 100
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 100
lurasidone hcl 43
LUTRATE DEPOT 32
LYBALVI 43
lyleq 99
lyllana 96,97
LYNPARZA 32
LYSODREN 32
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 32
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 32
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 32

M

M-M-R II 107
M-NATAL PLUS 79

macitentan 156
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 127
magnesium sulfate 79
MARATHON MEDICAL PENTIPS 127
maraviroc 47
marlissa 97
MARPLAN 21
MATERNACEL 79
MATERVIA 79
MATRIAPRO 79
MATRONEX 79
MATULANE 32
matzim la 63
MAVYRET 47
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 127
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 127
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 127
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" 127
MAXIDEX 144
MECLOFENAMATE SODIUM 2
MEDIC INSULIN SYRINGE 127
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 127
medpura alcohol pads 127
medroxyprogesterone acetate 99
mefloquine hcl 38
megestrol acetate 32,99
MEGESTROL ACETATE 99
MEIJER ALCOHOL SWABS 127
meijer allergy relief-d 153
MEIJER PEN NEEDLES 127
MEKINIST 32
MEKTOVI 32
meleya 99
meloxicam 2
memantine hcl 18
memantine hcl er 18
MENQUADFI 107
MENVEO 108
mercaptopurine 32
meropenem 10
merzee 97
mesalamine 109
mesalamine er 109
mesna 32
metaxalone 158
metformin hcl 52
metformin hcl er 52
methadone hcl 3
methazolamide 145
methenamine hippurate 10
methimazole 101
methocarbamol 158
methotrexate sodium 33
METHOTREXATE SODIUM 33
methotrexate sodium (pf) 33
METHOXSALEN RAPID 75
methscopolamine bromide 88
methsuximide 15
methylphenidate 70
methylphenidate hcl 70
methylprednisolone 92
metoclopramide hcl 22
metolazone 67
metoprolol succinate er 62
metoprolol tartrate 62
metoprolol-hydrochlorothiazide 65
metronidazole 10,76
metyrosine 65
mexiletine hcl 61
micafungin sodium 24
MICONAZOLE 3 24
MICRODOT PEN NEEDLE 127,128
microgestin 1.5/30 97
microgestin 1/20 97
microgestin fe 1.5/30 97
microgestin fe 1/20 97
midodrine hcl 60
mifepristone 54
MIGLITOL 52
mili 97
MIMRYLO 33
mimvey 97
minocycline hcl 10
minoxidil 69
mirabegron er 91
mirtazapine 21
misoprostol 88
mm allergy relief 24 hour 153
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE 128
MM PEN NEEDLES 128
modafinil 159
MODEYSO 33
moexipril hcl 61
MOLINDONE HCL 43
mometasone furoate 74,146
MONOJECT ALLERGIST TRAY 160
MONOJECT INSULIN SYRINGE 128
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 160
MONOJECT SYRINGE 160
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 128
montelukast sodium 154
morphine sulfate 3
morphine sulfate er 3
MOUNJARO 52
MOVANTIK 87
moxifloxacin hcl 10,142

MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 10
MRESVIA 108
MS INSULIN SYRINGE 128
MULPLETA 58
MULTAQ 61
MULTI-MAC 80
MULTIPLE ELECTRO TYPE 1 PH 5.5 80
multiple electro type 1 ph 7.4 . 80
mupirocin 76
mupirocin calcium 76
MYALEPT 90
mycophenolate mofetil 106
mycophenolate sodium 106
mycophenolic acid 106
MYFEMBREE 97

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf . . . 88
nabumetone 2
nadolol 62
nafcillin sodium 10
nafrinse 80
naftifine hcl 76
naloxone hcl 5
naltrexone hcl 5
naproxen 2
naproxen sodium 2
naratriptan hcl 25
NATACHEW 80
NATAL PNV 80
NATALCHEW 80
NATALCORE 80
NATALVIT 80
nateglinide 52
NAYZILAM 15
nebivolol hcl 62
necon 0.5/35 (28) 97
NEFAZODONE HCL 21
NEO-VITAL RX 80
NEOMATERNA 80
neomycin sulfate 10
neomycin-bacitracin zn-polymyx 143
neomycin-polymyxin-dexameth 143
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 143
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 143
neomycin-polymyxin-hc 145
NEONATAL + DHA 80
NEONATAL COMPLETE 80
NEONATAL PLUS 80
NERLYNX 33
NESTABS 80
NESTABS DHA 80
NEULASTA 58
NEUPOGEN 59
NEVIRAPINE 47
nevirapine 47
nevirapine er 48
NEXLETOL 68
NEXLIZET 68
NEXPLANON 99
niacin er (antihyperlipidemic) . . 68
nicardipine hcl 63
nicotine 5
nicotine mini 5
nicotine polacrilex 5
nicotine polacrilex mini 5
nicotine step 1 5
nicotine step 2 5
nicotine step 3 5
NICOTROL NS 5
nifedipine 64
nifedipine er 64
nifedipine er osmotic release . . 64
nilotinib hcl 33
NILUTAMIDE 33
NIMODIPINE 64
nimodipine 64
NINLARO 33
nintedanib esylate 157
nisoldipine er 64
nitazoxanide 38
nitisinone 90
nitro-bid 69
nitrofurantoin 10
nitrofurantoin macrocrystal 11
nitrofurantoin monohyd macro . 11
nitroglycerin 69
NITROLINGUAL 69
NIVA-PLUS 80
NIVESTYM 59
nizatidine 89
norelgestromin-eth estradiol . . . 97
norethin ace-eth estrad-fe 97
norethindron-ethinyl estrad-fe . . 97
norethindrone 99
norethindrone acet-ethinyl est . . 97
norethindrone acetate 99
norethindrone-eth estradiol 97
norgestim-eth estrad triphasic . . 97
norgestimate-eth estradiol 97
nortrel 0.5/35 (28) 97
nortrel 1/35 (21) 97
nortrel 1/35 (28) 97
nortrel 7/7/7 97
nortriptyline hcl 21
NOVOFINE AUTOCOVER PEN NEEDLE 128
NOVOFINE PEN NEEDLE 128
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 128
NOVOLIN 70/30 55
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN 55
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION 55
NOVOLIN 70/30 RELION 55
NOVOLIN N 56
NOVOLIN N FLEXPEN 56

NOVOLIN N FLEXPEN RELION....56
NOVOLIN N RELION....56
NOVOLIN R....56
NOVOLIN R FLEXPEN....56
NOVOLIN R FLEXPEN RELION....56
NOVOLIN R RELION....56
NOVOLOG....56
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION....56
NOVOLOG FLEXPEN....56
NOVOLOG FLEXPEN RELION....56
NOVOLOG MIX 70/30....56
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN....56
NOVOLOG MIX 70/30 RELION....56
NOVOLOG PENFILL....56
NOVOLOG RELION....56
NOVYRA....80
NOXAFIL....24
NUBEQA....33
NUPLAZID....43
NURTEC....25
NUTRILIPID....80
nyamyc....24
nylia 1/35....97
nylia 7/7/7....97
NYMALIZE....64
nystatin....24
nystatin-triamcinolone....24
nystop....24
NYVEPRIA....59

O

OB COMPLETE ONE....80
OB COMPLETE PETITE....80
OB COMPLETE PREMIER....80
OB COMPLETE/DHA....80
OBSTETRIX DHA....80
OBSTETRIX EC (WITH DOCUSATE)....80
OCTAGAM....102
octreotide acetate....100,101
ODEFSEY....48
ODOMZO....33
OFEV....157
ofloxacin....11,143
OGSIVEO....33
OJEMDA....33
OJJAARA....33
olanzapine....43
olanzapine-fluoxetine hcl....21
olmesartan medoxomil....60
olmesartan medoxomil-hctz....65
olmesartan-amlodipine-hctz....66
olopatadine hcl....141,153
olopatadine hcl extra strength....142
omega-3-acid ethyl esters....68
omeprazole....89
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5....160
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)....160
OMNIPOD 5 LIBRE PODS....160
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)....160
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)....160
OMNITROPE....88
OMVOH....104
OMVOH (300 MG DOSE)....104
ondansetron....22
ondansetron hcl....22,23
ONE VITE WOMENS PLUS....80
ONENATAL RX....81
ONUREG....33
OPIPZA....43
ORFADIN....90
ORGOVYX....34
ORIAHNN....99
ORILISSA....97
orquidea....99
ORSERDU....34
oseltamivir phosphate....48
OSPHENA....99
OTEZLA....104
OTEZLA XR....104
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK....104
oxcarbazepine....15
oxcarbazepine er....15
oxiconazole nitrate....24
oxybutynin chloride....91
oxybutynin chloride er....91
oxycodone hcl....3
oxycodone-acetaminophen....1
OZEMPIC....53
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)....52
OZEMPIC (1 MG/DOSE)....52
OZEMPIC (2 MG/DOSE)....53

P

pacerone....61
paliperidone er....43,44
PALYNZIQ....90
PANRETIN....34
pantoprazole sodium....89
paricalcitol....110
PAROXETINE HCL....21
paroxetine hcl....21
paroxetine hcl er....21
pataday....142
PAXLOVID (150/100)....48
PAXLOVID (300/100 & 150/100)....48
PAXLOVID (300/100)....48
pazopanib hcl....34
PC UNIFINE PENTIPS....129

PEDIARIX 108
PEDVAXHIB 108
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 88
peg-3350/electrolytes 88
peg-3350/electrolytes/ascorbat 88
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 89
PEGASYS 48
PEMAZYRE 34
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 129
PEN NEEDLES 129
PEN NEEDLES 5/16" 129
PENBRAYA 108
penicillamine 86
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE 11
penicillin g potassium 11
PENICILLIN G SODIUM 11
PENICILLIN V POTASSIUM 11
PENMENVY 108
PENTACEL 108
pentamidine isethionate 38
PENTIPS 129
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 129
pentoxifylline er 66
perampanel 15
PERINDOPRIL ERBUMINE 61
periogard 71
permethrin 76
perphenazine 44
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 21
PHARMACIST CHOICE ALCOHOL 129
PHENELZINE SULFATE 21
phenobarbital 16
phenoxybenzamine hcl 60
phenytek 16
phenytoin 16
phenytoin infatabs 16
phenytoin sodium extended 16
PHEXX 91
PIFELTRO 48
pilocarpine hcl 71,145
pimecrolimus 74
pimozide 44
pindolol 62
pioglitazone hcl 53
pioglitazone hcl-glimepiride 53
pioglitazone hcl-metformin hcl 53
PIP PEN NEEDLES 31G X 5MM 129
PIP PEN NEEDLES 32G X 4MM 129
piperacillin sod-tazobactam so 11
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 34
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 34
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 34
PIRFENIDONE 157
pirfenidone 157
piroxicam 2
pitavastatin calcium 68
PLASMA-LYTE 148 81
PLASMA-LYTE A 81
plenamine 81
PNV 27-CA/FE/FA 81
PNV PRENATAL PLUS MULTIVIT+DHA 81
PNV TABS 20-1 81
PNV-DHA+DOCUSATE 81
PNV-SELECT 81
PODOFILOX 75
polymyxin b-trimethoprim 143
pomalidomide 34
POMALYST 34
portia-28 98
posaconazole 24
potassium chloride 81
POTASSIUM CHLORIDE 81
potassium chloride crys er 81
potassium chloride er 82
potassium chloride in dextrose 82
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL 82
potassium citrate er 82
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 82
pramipexole dihydrochloride 39
pramipexole dihydrochloride er 40
prasugrel hcl 60
pravastatin sodium 68
praziquantel 38
prazosin hcl 102
prednisolone 92
prednisolone acetate 144
prednisolone sodium phosphate 93
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 144
PREDNISONE 93
prednisone 93
PREDNISONE INTENSOL 93
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 129
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 130
pregabalin 16
PREGEN DHA 82
PREGENNA 82
PREMARIN 98
PREMASOL 82
PREMPHASE 98
PREMPRO 98
PRENA 1 TRUE 82
PRENA1 82
PRENA1 PEARL 82
PRENACORE 82
PRENAISSANCE 82

PRENAISSANCE PLUS 82
PRENATABS FA 82
PRENATAL 83
PRENATAL 19 82
PRENATAL PLUS 83
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL 83
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON 83
PRENATE DHA 83
PRENATE ELITE 83
PRENATE ENHANCE 83
PRENATE MINI 83
PRENATE PIXIE 83
PRENATE RESTORE 83
PRENATRIX 83
PRENATRYL 83
PRENATVITE COMPLETE 83
PRENATVITE PLUS 83
PRENATVITE RX 83
PRENOVA 83
PRENYRA 83
PRETOMANID 26
prevalite 68
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 130
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 130
PREVYMIS 48
PREZCOBIX 48
PREZISTA 48
PRILOVIX 3
prilovix lite 3
prilovix lite plus 3
PRILOVIX PLUS 3
prilovix ultralite 3
prilovix ultralite plus 3
PRIMACARE 83
primaquine phosphate 38
PRIMIDONE 16
PRIORIX 108
PRIVIGEN 102
PRO COMFORT ALCOHOL 130
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 130
PRO COMFORT PEN NEEDLES 130
probenecid 25
prochlorperazine 44
prochlorperazine maleate 44
procto-med hc 74
proctosol hc 74
proctozone-hc 74
PRODIGY INSULIN SYRINGE 130
progesterone 99
PROGRAF 106
PROLASTIN-C 90
promethazine hcl 23
promethegan 23
propafenone hcl 61
propafenone hcl er 62
propranolol hcl 62,63
propranolol hcl er 63
propylthiouracil 101
PROQUAD 108
PROSOL 83
protriptyline hcl 21
PROVIDA OB 83
prucalopride succinate 87
PULMOZYME 156
PURE COMFORT ALCOHOL PREP 130
PURE COMFORT PEN NEEDLE 130
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 130
px childrens allergy 153
PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES 130
PX INSULIN SYRINGE 130
PX MINI PEN NEEDLES 130
PX PEN NEEDLE 130
PX SHORTLENGTH PEN NEEDLES 130
pyrazinamide 26
PYRIDOSTIGMINE BROMIDE 71
pyridostigmine bromide 71
pyridostigmine bromide er 71
pyrimethamine 39
PYRUKYND 90
PYRUKYND TAPER PACK 90
PYZCHIVA 104

Q

qc alcohol 131
QC ALCOHOL SWABS 131
qc all day allergy 153
qc all day allergy relief 153
qc allergy relief 153
qc allergy relief (cetirizine) 153
qc allergy relief childrens 153
qc cetirizine allergy relief 153
qc childrens allergy 153
qc eye allergy itch relief 142
qc loratadine allergy relief 153
qc loratadine-d 153
qc olopatadine hcl 142
QC PEN NEEDLES 131
QC STERILE PADS 131
QC UNIFINE PENTIPS 131
QINLOCK 34
QUADRACEL 108
QUETIAPINE FUMARATE 44
quetiapine fumarate er 44
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 131
quinapril hcl 61
QUINIDINE SULFATE 62
quinine sulfate 39

R

RA ALCOHOL SWABS 131

ra allergy relief 153
ra allergy relief childrens 153
RA INSULIN SYRINGE 131
ra isopropyl alcohol wipes 131
ra nicotine 5
ra nicotine gum 5
RA PEN NEEDLES 131
RA STERILE 131
RABAVERT 108
rabeprazole sodium 89
RALDESY 21
raloxifene hcl 99
ramelteon 159
ramipril 61
ranolazine er 66
rasagiline mesylate 40
RASONQUE 34
RASUVO 106
RAYA SURE PEN NEEDLE 131
REALITY INSULIN SYRINGE 131
REALITY SWABS 132
reclipsen 98
RECOMBIVAX HB 108
RELENZA DISKHALER 48
RELEUKO 59
RELEVIA 83
RELION ALCOHOL SWABS 132
RELION INSULIN SYRINGE 132
RELION MINI PEN NEEDLES 132
RELION PEN NEEDLES 132
RELION SHORT PEN NEEDLES 132
repaglinide 53
REPATHA 68
REPATHA SURECLICK 68
RETACRIT 59
retaine allergy 142
RETEVMO 34
REVCOVI 90
REVUFORJ 34
REXULTI 44
REYATAZ 48
REZDIFFRA 89
REZLIDHIA 34
RHOPRESSA 145
RIBAVIRIN 48
rifabutin 26
rifampin 26
rifapentine 26
rilpivirine hcl 48
riluzole 71
RINVOQ 104
RINVOQ LQ 104
risedronate sodium 110
RISPERIDONE 44
risperidone 44
risperidone microspheres er 44
ritonavir 49
rivastigmine 18
rivastigmine tartrate 18
rizatriptan benzoate 25
ROCKLATAN 142
roflumilast 154
ROMVIMZA 34
ropinirole hcl 40
ropinirole hcl er 40
rosuvastatin calcium 68
ROTARIX 108
ROTATEQ 108
ROWASA 109
ROZLYTREK 34,35
RUBRACA 35
rufinamide 16
RUKOBIA 49
RYDAPT 35

S

sacubitril-valsartan 66
SAFETY PEN NEEDLES 132
SAFYRAL 98
SANTYL 75
sapropterin dihydrochloride 90
SAPS CARE ALCOHOL PREP 132
SAPS HEALTH ALCOHOL PREP 132
SAPS HEALTH CARE ALCOHOL PREP 132
saxagliptin hcl 53
saxagliptin-metformin er 53
SB ALCOHOL PREP 132
sb cetirizine hcl childrens 153
SB INSULIN SYRINGE 132
sb loratadine 153
SCEMBLIX 35
scopolamine 23
SE-NATAL 19 83
SECUADO 44
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 132
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 132,133
SEGLUROMET 53
SELARSDI 104
SELECT-OB 83
SELECT-OB+DHA 83
selegiline hcl 40
SEREVENT DISKUS 155
sertraline hcl 21
sevelamer carbonate 86
sevelamer hcl 86
SHINGRIX 108
SHOPKO UNIFINE PENTIPS 133
SHOPKO UNIFINE PENTIPS PLUS 133
SIGNIFOR 101
sildenafil citrate 69,156
silodosin 91
silver sulfadiazine 75

SIMBRINZA....145
simvastatin....68
sirolimus....106
SIRTURO....26
SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER....53
SITAGLIPTIN....53
SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN HCL....53
SIVEXTRO....11
SM ALCOHOL PREP....133
sm all day allergy....153
sm all day allergy childrens....153
sm all day allergy relief....153
sm all day allergy-d....154
sm allergy childrens....154
sm allergy relief....154
sm eye itch relief....142
sm fexofenadine hcl....154
SM GAUZE....133
sm lorata-dine d....154
sm loratadine....154
sm loratadine d 12hr....154
sm nicotine....5
sm nicotine polacrilex....5
sm olopatadine hcl....142
SM STERILE....133
sodium chloride....83,84
SODIUM CHLORIDE....84
sodium chloride (pf)....83
SODIUM FLUORIDE....84
sodium phenylbutyrate....90
sodium polystyrene sulfonate....86
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR....49
SOL-CARE SAFETY SYRINGE ALLERG....160
solifenacin succinate....92
SOLIQUA....53
SOLTAMOX....35
SOMAVERT....101
sorafenib tosylate....35
sotalol hcl....62
sotalol hcl (af)....62
SPINOSAD....76
SPIRIVA HANDIHALER....155
SPIRIVA RESPIMAT....155
spironolactone....68
spironolactone-hctz....66
sprintec 28....98
SPRITAM....16
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)....86
sps (sodium polystyrene sulf)....86
sronyx....98
ssd....75
STEGLATRO....53
STERILE....133
STERILE GAUZE....133
STIMUFEND....59
STIOLTO RESPIMAT....158
STIVARGA....35
STREPTOMYCIN SULFATE....11
STRIBILD....49
STRIVERDI RESPIMAT....155
SUBVENITE....16
sucralfate....89
SUFLAVE....89
sulfacetamide sodium....143
sulfacetamide sodium (acne)....76
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE....143
sulfadiazine....11
sulfamethoxazole-trimethoprim....11
sulfasalazine....109
sulindac....2
sumatriptan....25
sumatriptan succinate....25
sunitinib malate....35
SUNLENCA....49
SUNOSI....159
SUPREP BOWEL PREP KIT....89
SURE COMFORT ALCOHOL PREP....133
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE....133
SURE COMFORT PEN NEEDLES....133
SUTAB....89
SYMPAZAN....16
SYMPROIC....87
SYMTUZA....49
SYNAREL....101
SYNJARDY....53
SYNJARDY XR....53,54
SYNTHROID....100
SYRINGE....161
SYRINGE LUER LOCK....161

T

TABLOID....35
TABRECTA....35
tacrolimus....74,106
tacrolimus er....106
tadalafil....92
tadalafil (pah)....156
TADLIQ....157
TAFINLAR....35
TAGRISSO....35
TALZENNA....35
tamoxifen citrate....35
tamsulosin hcl....92
tarina 24 fe....98
TARPEYO....93
TAVALISSE....60
TAVNEOS....104
tazarotene....72
TECHLITE INSULIN SYRINGE....134
TECHLITE PEN NEEDLES....134
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES....134

telmisartan 60
TELMISARTAN-AMLODIPINE 66
telmisartan-hctz 66
temazepam 159
TENIVAC 108
tenofovir disoproxil fumarate . 49
TEPMETKO 35
terazosin hcl 60,102
terbinafine hcl 24
terbutaline sulfate 156
terconazole 24
teriflunomide 71
TERIPARATIDE 110
teriparatide 110
testosterone 94
testosterone cypionate 94
TESTOSTERONE ENANTHATE 94
tetrabenazine 71
tetracycline hcl 11
THALOMID 35
theophylline er 156
thioridazine hcl 45
thiothixene 45
THRIVITE RX 84
tiadylt er 64
TIAGABINE HCL 16,17
tiagabine hcl 17
TIBSOVO 35
ticagrelor 60
TICOVAC 108
tigecycline 11
tilia fe 98
timolol maleate 63,144
timolol maleate ocudose 144
timolol maleate pf 144
tinidazole 11
TIROSINT-SOL 100
TIVICAY 49
TIVICAY PD 49
tizanidine hcl 158,159
TOBRADEX 143
tobramycin 12,143
tobramycin sulfate 12
TOBRAMYCIN SULFATE 12
tobramycin-dexamethasone . 143
TOBREX 143
TODAYS HEALTH MINI PEN NEEDLES 134
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES 134
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE 134
tofacitinib citrate 104,105
tofacitinib citrate er 105
tolterodine tartrate 92
tolterodine tartrate er 92
tolvaptan 86
tolvaptan (hyponatremia) 86
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 134
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 134
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 134
topiramate 17
toremifene citrate 36
torpenz 36
torsemide 67
TOUJEO MAX SOLOSTAR . . . 56
TOUJEO SOLOSTAR 56
TPN ELECTROLYTES 84
TRADJENTA 54
tramadol hcl 3
tramadol-acetaminophen 1
trandolapril 61
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER 66
tranexamic acid 59
tranylcypromine sulfate 21
TRAVASOL 84
TRAZODONE HCL 21
trazodone hcl 21
TRELEGY ELLIPTA 158
TRELSTAR MIXJECT 36
tretinoin 36,72
TRETINOIN MICROSPHERE . . 72
TRETINOIN MICROSPHERE PUMP 73
TREXALL 36
tri-estarylla 98
tri-legest fe 98
tri-lo-estarylla 98
tri-lo-sprintec 98
tri-sprintec 98
tri-vylibra lo 98
triamcinolone acetonide 71,74
triamterene 67
triamterene-hctz 66
triazolam 159
TRICARE 84
triderm 74
trientine hcl 86
trifluoperazine hcl 45
TRIFLURIDINE 143
trihexyphenidyl hcl 40
TRIJARDY XR 54
TRIKAFTA 156
trimethoprim 12
trimipramine maleate 21
TRINATAL RX 1 84
TRINATE 84
TRINTELLIX 22
TRISTART DHA 84
TRIUMEQ 49
TRIUMEQ PD 49
TROPHAMINE 84
trospium chloride 92
trospium chloride er 92
TRUE COMFORT ALCOHOL PREP PADS 134

TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 134,135
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 135
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP 135
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 135
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 135
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 135
true folic acid 84
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 135
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 136
TRUEPLUS PEN NEEDLES 136
TRULICITY 54
TRUMENBA 108
TRUQAP 36
TRYNGOLZA 68
TUKYSA 36
TURALIO 36
turqoz 98
TWINRIX 108
tydemy 98
TYENNE 105
TYMLOS 110
TYPHIM VI 108
TYRVAYA 142

U

UDENYCA 59
ULTICARE ALCOHOL SWABS 136
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 136
ULTICARE INSULIN SYRINGE 136
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES 136
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 136
ULTICARE PEN NEEDLES . . 136
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 137
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 137
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 137
ULTILET ALCOHOL SWABS 137
ULTILET PEN NEEDLE 137
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 137
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 137
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 137
ULTRA THIN PEN NEEDLES 138
ULTRA-CARE ALCOHOL PREP PADS 138
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 138
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 138
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE 138
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT 138
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES 138
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 138
ULTRACARE PEN NEEDLES 138
UMECLIDINIUM ELLIPTA . . . 156
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 138
UNIFINE PEN NEEDLES 138
UNIFINE PENTIPS 138,139
UNIFINE PENTIPS PLUS 139
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 139
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 139
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 139
UPTRAVI 157
ursodiol 89
USTEKINUMAB 105
UZEDY 45

V

valacyclovir hcl 49
VALCHLOR 75
valganciclovir hcl 49
valproic acid 17
valsartan 60
valsartan-hydrochlorothiazide . . 66
VALTOCO 10 MG DOSE 17
VALTOCO 15 MG DOSE 17
VALTOCO 20 MG DOSE 17
VALTOCO 5 MG DOSE 17
valtya 1/35 98
VALTYA 1/50 98
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 139
VALUMARK PEN NEEDLES . 139
vancomycin hcl 12
VANCOMYCIN HCL 12
VANDAZOLE 76
VANFLYTA 36
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 139
VANISHPOINT SAFETY SYRINGE 161
VANISHPOINT SYRINGE 161
VAQTA 109
varenicline tartrate 6

varenicline tartrate (starter)....6
varenicline tartrate(continue)..6
VARIVAX....109
VARUBI (180 MG DOSE)....23
VAXCHORA....109
VELIVET....98
VELPHORO....86
VELSIPITY....105
VELTASSA....86,87
VEMLIDY....49
VENCLEXTA....36
VENCLEXTA STARTING PACK....36
VENLAFAXINE BESYLATE ER....22
venlafaxine hcl....22
venlafaxine hcl er....22
VENTOLIN HFA....156
VEPPANU....36
verapamil hcl....64
verapamil hcl er....64
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE....139
VERIFINE INSULIN SYRINGE....140
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE....140
VERISAFE SAFE STERILE SYRINGE....161
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR....140
VERQUVO....66
VERSACLOZ....45
VERZENIO....36
vestura....98
VIDA MIA UNIFINE PENTIPS....140
vienva....98
vigabatrin....17
vigadrone....17
VIGAFYDE....17
vilazodone hcl....22
VIMKUNYA....109
VINATE II....84
VINATE ONE....84
viorele....98
VIRACEPT....49
VIREAD....49
VIRT-NATE DHA....84
VITAFOL FE+....84
VITAFOL GUMMIES....84
VITAFOL ULTRA....84
VITAFOL-NANO....84
VITAFOL-OB....84
VITAFOL-OB+DHA....84
VITAFOL-ONE....85
VITALARA....85
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC....85
VITAMEDMD REDICHEW RX 85
vitamin d (ergocalciferol)....85
VITAPEARL....85
VITATHELY WITH GINGER..85
VITATRUE....85
VITRAKVI....36
VIVA DHA....85
VIVOTIF....109
VONJO....36
VORANIGO....36
VORICONAZOLE....24
voriconazole....24
VOSEVI....49
VOWST....89
VRAYLAR....45
VTAMA....75
vylibra....98
VYZULTA....145

W

WAKIX....159
wal-fex allergy....154
wal-itin d 24 hour....154
wal-zyr....154
wal-zyr all day allergy child....154
wal-zyr allergy childrens....154
wal-zyr childrens....154
warfarin sodium....57
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE....140
WEBCOL ALCOHOL PREP MEDIUM....140
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS....140
WEGOVY....70
WELIREG....37
WESNATAL DHA COMPLETE 85
WESNATE DHA....85
WESTAB PLUS....85
WESTGEL DHA....85
WINREVAIR....157
wixela inhub....158
WYOST....110

X

XALKORI....37
xarah fe....98
XARELTO....57
XARELTO STARTER PACK....57
XCOPRI....17
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)....17
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)....17
XDEMVY....143
XERMELO....87
XIFAXAN....12
XIGDUO XR....54
XIIDRA....142
XOFLUZA (40 MG DOSE)....49
XOFLUZA (80 MG DOSE)....49
XOLAIR....105
XOSPATA....37

XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) . . . 37
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) . . . 37
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) . . . 37
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) . . . 37
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) . . . 37
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) . . . 37
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) . . . 37
XTANDI . . . 37
xulane . . . 98
xyzal allergy 24hr . . . 154

Y

YF-VAX . . . 109
YONSA . . . 37
yulithira . . . 37
yuvafem . . . 99

Z

zafirlukast . . . 154
zaleplon . . . 159
ZALVIT . . . 85
ZARXIO . . . 59
ZEJULA . . . 37
ZELBORAF . . . 37
zenatane . . . 73
ZENBEXUS . . . 37
ZENPEP . . . 91
ZEVRX INSULIN SYRINGE 140
ZEVRX PEN NEEDLES . . . 140
ZEVRX STERILE ALCOHOL PREP PAD . . . 140
zidovudine . . . 49
ZIEXTENZO . . . 59
ZIPHEX . . . 85
ziprasidone hcl . . . 45
ziprasidone mesylate . . . 45
ZIRGAN . . . 143
ZOLINZA . . . 38
zolmitriptan . . . 25,26
zolpidem tartrate . . . 159
zolpidem tartrate er . . . 159
ZONISADE . . . 18
zonisamide . . . 18
zovia 1/35 (28) . . . 99
ZTALMY . . . 18
ZURZUVAE . . . 22
ZYKADIA . . . 38
ZYLET . . . 143
ZYMFENTRA (1 PEN) . . . 105
ZYMFENTRA (2 PEN) . . . 105
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) . . . 105
zyrtec childrens allergy . . . 154

BayCare Health Plans
P. O. Box 30764
Tampa, FL 33630

Member.BayCarePlus.org

Línea telefónica gratuita:
(866) 509-5396 (TTY: 711)
Siete días a la semana, de 8am a 8pm

Los fines de semana, del 1 de abril al 30 de septiembre, y los días festivos, podrá acceder a un servicio de mensajería. Deje un mensaje y le devolveremos la llamada el siguiente día laboral.

Este formulario se actualizó el 01/01/2027
Para obtener la información más reciente o si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con **BayCare**Plus Member Services. BayCare Select Health Plans es un plan de Health Maintenance Organization (HMO), organización para el mantenimiento de la salud, con contrato de Medicare. La inscripción en BayCare Select Health Plans depende de la renovación del contrato. BayCare Select Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género.

H2235_27-003_C

26-13792_SP-0626

BayCarePlus®
Medicare Advantage