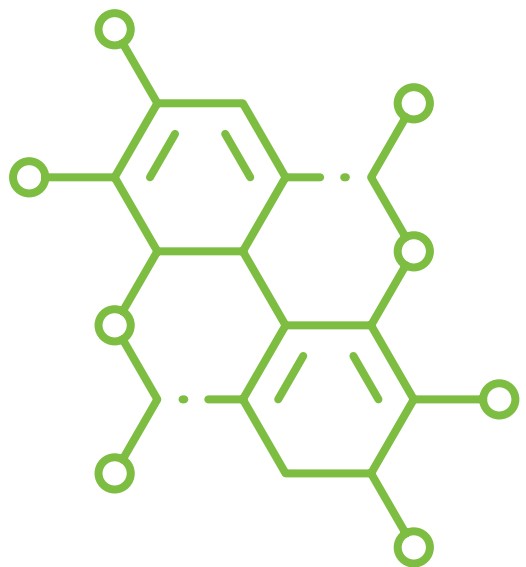


2027

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 **BayCarePlus®**
al (866) 509-5396 (TTY: 711), los siete días a la semana,
de 8am a 8pm, o visite Member.BayCarePlus.org. Los
finés 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 16

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 I-1. 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	
<i>Levotiroxina oral, comprimido de 100 µg</i> (Synthroid) <i>112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg,</i> <i>175 µg, 200 µg, 25 µg, 50 µg,</i> <i>75 µg, 88 µg</i>	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	
<i>Farxiga oral, comprimido de 10 mg, 5 mg</i> (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		
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab)</i>	3	LC (390 cada 30 dia(s))
<i>ascomp-codeine</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s)), NM
<i>bac (butalbital-acetamin-caff)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
<i>butalbital-apap-caff-cod (50-300-40-30 mg cap, 50-325-40-30 mg cap)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
<i>butalbital-apap-caffeine (50-300-40 mg cap, 50-325-40 mg cap, 50-325-40 mg tab)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
<i>butalbital-asa-caff-codeine</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
<i>hydrocodone-acetaminophen (5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)</i>	3	LC (240 cada 30 dia(s))
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-325 MG TAB	3	LC (240 cada 30 dia(s)), NM
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>tramadol-acetaminophen</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
<i>cataflam</i>	2	
<i>celecoxib (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap, 400 mg cap)</i>	2	
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	2	
<i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr)</i>	2	
<i>diclofenac sodium 1.5 % solution</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s))
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	3	
<i>diclofenac sodium er</i>	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
<i>diflunisal</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>etodolac (200 mg cap, 300 mg cap, 400 mg tab, 500 mg tab)</i>	2	
<i>etodolac er (er 400 mg tab er, er 500 mg tab er)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>etodolac er 600 mg tab 24h</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
FENOPROFEN CALCIUM (FENOPROFEN CALCIUM 400 MG CAP, FENOPROFEN CALCIUM 400 MG CAP)	2	
<i>flurbiprofen (flurbiprofen, flurbiprofen 100 mg tab)</i>	2	
<i>ibu (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	2	
<i>ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	2	
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	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))
<i>meloxicam (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>	2	
<i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	2	
<i>naproxen (125 mg/5ml suspension, 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)</i>	2	
<i>naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)</i>	2	
<i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	2	
<i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	2	

OPIOID ANALGESICS

<i>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)</i>	2	LC (4 cada 28 OVER TIME), NM
<i>fentanyl (12 mcg/hr patch, 25 mcg/hr patch, 50 mcg/hr patch, 75 mcg/hr patch, 100 mcg/hr patch)</i>	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
<i>hydromorphone hcl (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
<i>methadone hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM
<i>morphine sulfate (morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab, morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab)</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
<i>morphine sulfate er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
<i>morphine sulfate er 15 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM
<i>oxycodone hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
<i>tramadol hcl 100 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))

ANESTHETICS

LOCAL ANESTHETICS

AGONEAZE	3	
<i>lidocaine 5 % patch</i>	3	AP
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i>	3	
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>lidocan</i>	3	AP
LIVIXIL PAK	3	
PRILOVIX	3	
<i>prilovix lite</i>	3	
<i>prilovix lite plus</i>	3	
PRILOVIX PLUS	3	
<i>prilovix ultralite</i>	3	
<i>prilovix ultralite plus</i>	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		
<i>acamprosate calcium</i>	3	
<i>buprenorphine hcl 2 mg sl tab</i>	2	LC (210 cada 30 dia(s)), NM
<i>buprenorphine hcl 8 mg sl tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg tab, 8-2 mg tab)</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg, 12-3 mg)</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	2	
<i>cvs nicotine (2 mg gum, 4 mg gum, 14 mg/24hr patch 24hr)</i>	1	
<i>cvs nicotine polacrilex (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)</i>	1	
<i>disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	2	
<i>eq nicotine (4 mg gum, 4 mg lozenge)</i>	1	
<i>eq nicotine polacrilex (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)</i>	1	
<i>eq nicotine step 3</i>	1	
<i>ft nicotine (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge, 7 mg/24hr patch 24hr, 14 mg/24hr patch 24hr)</i>	1	
<i>ft nicotine 21 mg/24hr patch 24hr</i>	1	
<i>ft nicotine mini (2 mg, 4 mg)</i>	1	
<i>gnp nicotine (2 mg gum, 4 mg gum, 7 mg/24hr patch 24hr, 14 mg/24hr patch 24hr)</i>	1	
<i>gnp nicotine 21 mg/24hr patch 24hr</i>	1	
<i>gnp nicotine mini (2 mg, 4 mg)</i>	1	
<i>gnp nicotine polacrilex (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)</i>	1	
<i>goodsense nicotine (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)</i>	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
<i>goodsense nicotine polacrilex</i>	1	
<i>hm nicotine (7 mg/patch, 14 mg/patch)</i>	1	
<i>hm nicotine 21 mg/24hr patch 24hr</i>	1	
<i>hm nicotine polacrilex (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)</i>	1	
KLOXXADO	3	LC (2 cada 30 OVER TIME)
<i>kls quit2 (2 mg gum, 2 mg lozenge)</i>	1	
<i>kls quit4 (4 mg gum, 4 mg lozenge)</i>	1	
<i>lofexidine hcl</i>	5	AP, LC (224 cada 30 OVER TIME)
<i>naloxone hcl (naloxone hcl, naloxone hcl 0.4 mg/ml solution, naloxone hcl 2 mg/2ml soln prsyr, naloxone hcl 4 mg/10ml solution)</i>	2	
<i>naloxone hcl 0.4 mg/ml soln prsyr</i>	2	
<i>naltrexone hcl</i>	2	
<i>nicotine (7 mg/patch, 14 mg/patch)</i>	1	
<i>nicotine 21 mg/24hr patch 24hr</i>	1	
<i>nicotine mini (2 mg, 4 mg)</i>	1	
<i>nicotine polacrilex (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)</i>	1	
<i>nicotine polacrilex mini</i>	1	
<i>nicotine step 1</i>	1	
<i>nicotine step 2</i>	1	
<i>nicotine step 3</i>	1	
NICOTROL NS	4	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
<i>ra nicotine 2 mg gum</i>	1	
<i>ra nicotine gum (2 mg, 4 mg)</i>	1	
<i>sm nicotine (2 mg lozenge, 4 mg gum, 7 mg/24hr patch 24hr, 14 mg/24hr patch 24hr)</i>	1	
<i>sm nicotine 21 mg/24hr patch 24hr</i>	1	
<i>sm nicotine polacrilex (2 mg gum, 2 mg lozenge, 4 mg gum, 4 mg lozenge)</i>	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
<i>varenicline tartrate (starter)</i>	2	
<i>varenicline tartrate 0.5 mg tab</i>	2	
<i>varenicline tartrate 1 mg tab</i>	2	
<i>varenicline tartrate(continue)</i>	2	

ANTIBACTERIALS

<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	2	BVD
<i>amoxicillin (125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml)</i>	2	
<i>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)</i>	2	
<i>amoxicillin trihydrate</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml)</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab)</i>	2	
<i>ampicillin</i>	2	
<i>ampicillin sodium (1 gm soln, 10 gm soln)</i>	2	BVD
<i>ampicillin sodium 2 gm recon soln</i>	2	BVD
<i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm soln, 3 (2-1) gm soln, 15 (10-5) gm soln)</i>	2	BVD
ARIKAYCE	5	LC (252 cada 30 dia(s))
<i>azithromycin (100 mg/5ml, 200 mg/5ml)</i>	2	NM
<i>azithromycin (500 mg tab, 600 mg tab)</i>	2	NM
<i>azithromycin 250 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	2	BVD, NM
<i>aztreonam (1 gm soln, 2 gm soln)</i>	2	BVD, NM
BAXDELA 300 MG RECON SOLN	5	LC (28 cada 14 dia(s)), 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
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
<i>cefadroxil (cefadroxil, cefadroxil 250 mg/5ml recon susp, cefadroxil 500 mg cap, cefadroxil 500 mg/5ml recon susp)</i>	2	NM
<i>cefazolin sodium (1 gm soln, 10 gm soln, 500 mg soln)</i>	2	BVD, NM
<i>cefdinir (125 mg/5ml, 250 mg/5ml)</i>	2	NM
<i>cefdinir 300 mg cap</i>	2	NM
<i>cefepime hcl (1 gm soln, 2 gm soln)</i>	2	BVD, NM
<i>cefixime (cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 200 mg/5ml recon susp)</i>	3	NM
<i>cefixime 400 mg cap</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>cefoxitin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)</i>	2	BVD, NM
<i>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)</i>	3	NM
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	2	NM
<i>ceftaroline fosamil (400 mg soln, 600 mg soln)</i>	4	BVD
CEFTAZIDIME (CEFTAZIDIME, CEFTAZIDIME 1 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 2 GM RECON SOLN)	2	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
<i>ceftriaxone sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln, 250 mg soln, 500 mg soln)</i>	2	BVD, NM
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	3	NM
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm soln, 750 mg soln)</i>	3	BVD, NM
<i>cephalexin (125 mg/5ml, 250 mg/5ml)</i>	2	NM
<i>cephalexin (250 mg cap, 250 mg tab, 500 mg cap, 500 mg tab)</i>	2	NM
<i>ciprofloxacin hcl (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	2	NM
<i>ciprofloxacin in d5w (ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution, ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution)</i>	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
<i>clarithromycin er</i>	3	NM
<i>clindamycin hcl (75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap)</i>	2	NM
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	3	NM
<i>clindamycin phosphate (300 mg/2ml, 600 mg/4ml)</i>	3	BVD, NM
<i>clindamycin phosphate (9 gm/60ml, 900 mg/6ml)</i>	3	BVD, NM
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml)</i>	3	BVD, NM
<i>colistimethate sodium (cba)</i>	2	BVD, NM
<i>dalbavancin hcl</i>	4	BVD
<i>daptomycin (daptomycin, daptomycin 350 mg recon soln)</i>	2	BVD, NM
<i>daptomycin 500 mg recon soln</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s)), BVD, NM
<i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	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
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	5	LC (136 cada 10 dia(s)), NM
<i>doxy 100</i>	4	BVD, NM
<i>doxycycline hyclate (50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>	2	NM
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	4	BVD
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
<i>doxycycline monohydrate (25 mg/5ml recon susp, 50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>	2	NM
<i>ertapenem sodium</i>	2	BVD, NM
<i>erythrocin lactobionate (erythrocin lactobionate, erythrocin lactobionate)</i>	2	BVD, NM
<i>erythromycin (250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	4	NM
<i>erythromycin base (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	2	NM
<i>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)</i>	4	NM
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp</i>	2	NM
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg/5ml recon susp</i>	2	
<i>erythromycin lactobionate</i>	2	
<i>fidaxomicin</i>	5	LC (20 cada 10 dia(s)), NM
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))
<i>fosfomycin tromethamine</i>	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
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	2	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
<i>imipenem-cilastatin (imipenem-cilastatin, imipenem-cilastatin)</i>	3	BVD, NM
<i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	2	NM
<i>levofloxacin in d5w (in 500 mg/100ml, in 750 mg/150ml)</i>	2	BVD, NM
<i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>	3	NM
<i>linezolid 600 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	3	BVD, NM
<i>meropenem (1 gm soln, 500 mg soln)</i>	2	BVD, NM
<i>methenamine hippurate</i>	2	NM
<i>metronidazole (250 mg tab, 375 mg cap)</i>	2	NM
<i>metronidazole (metronidazole 500 mg/100ml solution, metronidazole 500 mg/100ml solution)</i>	2	BVD, NM
<i>metronidazole 500 mg tab</i>	2	NM
<i>minocycline hcl (50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap)</i>	2	NM
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	3	NM
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL	3	BVD, NM
<i>nafcillin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)</i>	2	BVD, NM
<i>neomycin sulfate</i>	2	NM
<i>nitrofurantoin (25 mg/5ml suspension, 50 mg/10ml suspension)</i>	3	AP, NM
<i>nitrofurantoin macrocrystal (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	3	NM
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	3	NM
OFLOXACIN (OFLOXACIN 400 MG TAB, OFLOXACIN 300 MG TAB, OFLOXACIN 400 MG TAB)	3	NM
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE (40000 UNIT/ML SOLUTION, 60000 UNIT/ML SOLUTION)	2	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
<i>penicillin g potassium 20000000 unit recon soln</i>	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
<i>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)</i>	2	BVD, NM
<i>piperacillin sod-tazobactam so 13.5 (12-1.5) gm recon ln</i>	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
<i>sulfadiazine</i>	2	NM
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 800-160 mg/20ml suspension)</i>	2	NM
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (400-80 mg tab, 800-160 mg tab)</i>	2	NM
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	2	NM
<i>tigecycline</i>	2	BVD, NM
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	2	NM
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	5	AP, NM
<i>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)</i>	2	BVD, NM
TOBRAMYCIN SULFATE 1.2 GM RECON SOLN	2	NM
<i>trimethoprim (trimethoprim, trimethoprim)</i>	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
<i>vancomycin hcl (1 gm soln, 10 gm soln, 750 mg soln)</i>	2	BVD, NM
<i>vancomycin hcl (125 mg cap, 250 mg cap)</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
<i>vancomycin hcl (50 mg/ml soln, 250 mg/5ml soln)</i>	2	LC (450 cada 30 dia(s)), NM
<i>vancomycin hcl 25 mg/ml recon soln</i>	2	LC (450 cada 30 dia(s))
<i>vancomycin hcl 500 mg recon soln</i>	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

<i>brivaracetam (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	5	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>brivaracetam 10 mg/ml solution</i>	5	LC (600 cada 30 dia(s))
CARBAMAZEPINE	3	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg tab)</i>	2	
<i>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)</i>	2	
<i>clobazam (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab, 1 mg tab disp, 2 mg tab, 2 mg tab disp)</i>	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
<i>diazepam (10 mg gel, 20 mg gel)</i>	2	
<i>diazepam 2.5 mg gel</i>	4	
DILANTIN 100 MG CAP	4	LC (300 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
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))
<i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	2	
<i>divalproex sodium er (er 250 mg tab er, er 500 mg tab er)</i>	2	
EPIDIOLEX	5	LC (900 cada 30 dia(s)), AP NSO
EPRONTIA	4	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>ethosuximide 250 mg cap</i>	2	
<i>ethosuximide 250 mg/5ml solution</i>	2	
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab)</i>	3	
<i>felbamate 600 mg/5ml suspension</i>	3	
FINTEPLA	5	AL, LC (360 cada 30 dia(s)), AP NSO
<i>gabapentin (250 mg/5ml, 300 mg/6ml)</i>	2	LC (2160 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	2	LC (960 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	2	LC (330 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 600 mg tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 800 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>lacosamide (10 mg/ml, 50 mg/5ml, 100 mg/10ml)</i>	3	LC (1200 cada 30 dia(s))
<i>lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	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
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))
<i>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)</i>	2	
<i>lamotrigine 21 x 25 mg & 7 x 50 mg kit</i>	4	LC (28 cada 180 OVER TIME)
<i>lamotrigine 25 & 50 & 100 mg kit</i>	4	LC (70 cada 365 OVER TIME)
<i>lamotrigine 42 x 50 mg & 14x100 mg kit</i>	4	LC (56 cada 365 OVER TIME)
<i>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)</i>	3	
<i>lamotrigine odt (odt 25 mg tab disp, odt 50 mg tab disp, odt 100 mg tab disp, odt 200 mg tab disp)</i>	2	
<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit-green</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit-orange</i>	4	
<i>levetiracetam (750 mg tab, 1000 mg tab)</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>levetiracetam 100 mg/ml solution</i>	2	LC (900 cada 30 dia(s))
<i>levetiracetam 250 mg tab</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>levetiracetam 500 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>levetiracetam er (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er)</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>methsuximide</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
NAYZILAM	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
<i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i>	2	
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	3	
<i>oxcarbazepine er 150 mg tab 24h</i>	4	TE, LC (480 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine er 300 mg tab 24h</i>	4	TE, LC (240 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine er 600 mg tab 24h</i>	4	TE, 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
<i>perampanel (4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab, 10 mg tab, 12 mg tab)</i>	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>perampanel 0.5 mg/ml suspension</i>	5	TE, LC (720 cada 30 dia(s))
<i>perampanel 2 mg tab</i>	3	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>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)</i>	2	
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	2	
<i>phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)</i>	2	
<i>phenytoin 50 mg chew tab</i>	2	
<i>phenytoin infatabs</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap</i>	2	
<i>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)</i>	2	
PRIMIDONE (PRIMIDONE, PRIMIDONE 50 MG TAB, PRIMIDONE 250 MG TAB)	2	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	5	LC (2400 cada 30 dia(s))
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
TIAGABINE HCL (TIAGABINE HCL 16 MG TAB, TIAGABINE HCL 16 MG TAB)	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 2 mg tab</i>	3	LC (840 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 4 mg tab</i>	3	LC (420 cada 30 dia(s))
<i>topiramate (15 mg cap, 25 mg cap)</i>	2	
<i>topiramate (25 mg/ml solution, 50 mg cap sprink)</i>	4	
<i>topiramate 100 mg tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 200 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 25 mg tab</i>	2	LC (720 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 50 mg tab</i>	2	LC (360 cada 30 dia(s))
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>	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)
<i>vigabatrin 500 mg packet</i>	5	LC (9000 cada 30 dia(s)), AP NSO
<i>vigabatrin 500 mg tab</i>	5	LC (180 cada 30 dia(s)), AP NSO
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
ZONISADE	5	AP NSO
<i>zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	2	
ZTALMY	5	AL, LC (1080 cada 30 dia(s)), AP NSO

ANTIDEMENTIA AGENTS

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

ANTIDEPRESSANTS

<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	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
<i>amoxapine (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	2	
APLENZIN (174 MG TAB ER 24H, 348 MG TAB ER 24H, 522 MG TAB ER 24H)	4	LC (30 cada 30 dia(s))
AUVELITY	5	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>bupropion hcl (75 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	
<i>bupropion hcl er (sr) (er 100 mg tab er, er 150 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>	2	
BUPROPION HCL ER (XL)	4	
<i>bupropion hcl er (xl) (er 150 mg tab er, er 300 mg tab er)</i>	2	
CITALOPRAM HYDROBROMIDE	3	
<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide (10 mg/5ml, 20 mg/10ml)</i>	2	
<i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	2	
<i>desipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	2	
DESVENLAFAXINE ER (ER 50 MG TAB ER 24H, ER 100 MG TAB ER 24H)	2	
<i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er)</i>	2	
<i>doxepin hcl (doxepin hcl 10 mg/ml conc, doxepin hcl 10 mg/ml conc)</i>	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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
<i>duloxetine hcl (20 mg dr, 30 mg dr, 60 mg dr)</i>	2	
<i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>	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))
<i>escitalopram oxalate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	1	
<i>escitalopram oxalate (escitalopram oxalate, escitalopram oxalate 5 mg/5ml solution, escitalopram oxalate 10 mg/10ml solution)</i>	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))
<i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	1	
<i>fluoxetine hcl (fluoxetine hcl 10 mg tab, fluoxetine hcl 20 mg tab, fluoxetine hcl 60 mg tab, fluoxetine hcl 60 mg tab)</i>	3	
FLUOXETINE HCL (PMDD) (10 MG TAB, 20 MG TAB)	3	
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>	2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	3	LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>fluvoxamine maleate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	
<i>fluvoxamine maleate er (er 100 mg cap er, er 150 mg cap er)</i>	3	
<i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	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
<i>imipramine pamoate (75 mg cap, 100 mg cap, 125 mg cap, 150 mg cap)</i>	2	
MARPLAN 10 MG TAB	4	
<i>mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab disp)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>mirtazapine (7.5 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	2	
NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)	2	
<i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	2	
<i>olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg cap, 6-25 mg cap, 6-50 mg cap, 12-25 mg cap, 12-50 mg cap)</i>	4	
PAROXETINE HCL	2	LC (900 cada 30 dia(s))
<i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	2	
<i>paroxetine hcl er (er 12.5 mg tab er, er 37.5 mg tab er)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>paroxetine hcl er 25 mg tab 24h</i>	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	
<i>protriptyline hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	3	TE
RALDESY	4	
<i>sertraline hcl (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>tranylcypromine sulfate</i>	3	
TRAZODONE HCL (25 MG TAB, 75 MG TAB)	2	
<i>trazodone hcl (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i>	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
<i>trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	3	TE
TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)	4	LC (30 cada 30 dia(s))
VENLAFAXINE BESYLATE ER	4	
<i>venlafaxine hcl (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap er, er 75 mg cap er, er 150 mg cap er)</i>	2	
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	2	
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP, 30 MG CAP)	5	LC (28 cada 14 dia(s)), AP NSO

ANTIEMETICS

<i>aprepitant 125 mg cap</i>	2	LC (3 cada 30 OVER TIME), BVD
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	2	LC (1 cada 30 OVER TIME), BVD
<i>aprepitant 80 & 125 mg cap thpk</i>	3	LC (9 cada 30 OVER TIME), BVD
<i>aprepitant 80 mg cap</i>	2	LC (6 cada 30 OVER TIME), BVD
<i>dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	2	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	3	BVD
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	2	
HYDROXYZINE PAMOATE (HYDROXYZINE PAMOATE, HYDROXYZINE PAMOATE 25 MG CAP, HYDROXYZINE PAMOATE 50 MG CAP)	2	
<i>metoclopramide hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	
<i>metoclopramide hcl (5 mg/5ml, 10 mg/10ml)</i>	2	
<i>ondansetron 4 mg tab disp</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
<i>ondansetron 8 mg tab disp</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
<i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s)), 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
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	2	BVD
<i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
<i>promethazine hcl (12.5 mg suppos, 25 mg suppos)</i>	2	
<i>promethazine hcl (6.25 mg/5ml solution, 12.5 mg tab, 12.5 mg/10ml solution, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	2	
<i>promethegan (promethegan, promethegan 25 mg suppos)</i>	2	
<i>scopolamine</i>	3	LC (10 cada 28 OVER TIME)
VARUBI (180 MG DOSE)	4	LC (4 cada 28 OVER TIME), BVD

ANTIFUNGALS

AMPHOTERICIN B	4	BVD
<i>amphotericin b liposome</i>	4	BVD
<i>casposfungin acetate (50 mg soln, 70 mg soln)</i>	4	BVD, NM
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution)</i>	2	
<i>clotrimazole 10 mg troche</i>	2	
<i>clotrimazole-betamethasone (clotrimazole-betamethasone, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion)</i>	3	
CRESEMBA (74.5 MG CAP, 186 MG CAP)	5	AP
<i>econazole nitrate</i>	3	
<i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	3	NM
<i>fluconazole in sodium chloride (in 200-0.9 mg/100ml-%, in 400-0.9 mg/200ml-%)</i>	3	BVD, NM
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	5	NM
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	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
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	3	NM
<i>itraconazole 10 mg/ml solution</i>	3	NM
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	2	LC (126 cada 30 dia(s)), NM
<i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo)</i>	3	
<i>ketoconazole 200 mg tab</i>	3	NM
<i>klayesta</i>	2	
<i>miconazole sodium (50 mg soln, 100 mg soln)</i>	2	BVD
MICONAZOLE 3	3	
NOXAFIL 300 MG PACKET	5	AP, LC (31 cada 30 dia(s)), NM
<i>nyamyc</i>	2	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment)</i>	2	
<i>nystatin 100000 unit/gm powder</i>	2	
<i>nystatin 100000 unit/ml suspension</i>	2	NM
<i>nystatin 500000 unit tab</i>	2	NM
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	3	
<i>nystop</i>	2	
<i>oxiconazole nitrate</i>	3	
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	5	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>posaconazole 40 mg/ml suspension</i>	5	NM
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s)), NM
<i>terconazole (0.4 %, 0.8 %)</i>	2	
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	2	
VORICONAZOLE	5	NM
<i>voriconazole 200 mg recon soln</i>	3	BVD, NM
<i>voriconazole 200 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s)), NM
<i>voriconazole 40 mg/ml recon susp</i>	3	LC (450 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
<i>voriconazole 50 mg tab</i>	2	LC (360 cada 30 dia(s)), NM
ANTIGOUT AGENTS		
<i>allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	1	
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>colchicine-probenecid</i>	3	
<i>febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>probenecid</i>	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)
<i>diclofenac potassium(migraine)</i>	3	TE, LC (9 cada 30 OVER TIME)
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	3	AP
<i>eletriptan hydrobromide 20 mg tab</i>	2	LC (9 cada 30 OVER TIME)
<i>eletriptan hydrobromide 40 mg tab</i>	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)
<i>frovatriptan succinate</i>	4	TE, LC (12 cada 30 OVER TIME)
<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	3	LC (9 cada 30 OVER TIME)
NURTEC	3	AP, LC (8 cada 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)</i>	2	LC (18 cada 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate 5 mg tab</i>	2	LC (18 cada 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (5 mg/act, 20 mg/act)</i>	2	TE, LC (12 cada 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	LC (9 cada 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)</i>	2	LC (4 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
<i>zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	3	LC (9 cada 30 OVER TIME)
ZOLMITRIPTAN (ZOLMITRIPTAN, ZOLMITRIPTAN 5 MG SOLUTION)	4	TE, LC (8 cada 30 OVER TIME)

ANTIMYCOBACTERIALS

<i>dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	
<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	2	NM
<i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	2	NM
PRETOMANID	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
PRIFTIN	4	LC (32 cada 28 dia(s)), NM
<i>pyrazinamide</i>	2	NM
<i>rifabutin</i>	2	NM
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	3	NM
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	3	BVD, NM
SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)	5	AP, NM

ANTINEOPLASTICS

<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>abirtega</i>	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
<i>anastrozole</i>	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
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
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
<i>bexarotene 1 % gel</i>	5	AP NSO
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	5	AP NSO
<i>bicalutamide</i>	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
<i>bosutinib 400 mg tab</i>	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

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	5	AP NSO
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	5	AP NSO
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
<i>dasatinib (50 mg tab, 70 mg tab, 80 mg tab, 100 mg tab, 140 mg tab)</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>dasatinib 20 mg tab</i>	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
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	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
<i>everolimus (2 mg tab, 3 mg tab, 5 mg tab)</i>	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
<i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	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
<i>exemestane</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
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
<i>gefitinib</i>	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
<i>hydroxyurea</i>	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
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	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

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
INLURIYO	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
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
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
<i>lapatinib ditosylate</i>	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
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	
<i>lenalidomide (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap)</i>	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
<i>letrozole</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)</i>	3	
LEUKERAN	5	AP NSO
<i>leuprolide acetate</i>	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
<i>lomustine (40 mg cap, 100 mg cap)</i>	5	AP NSO
<i>lomustine 10 mg cap</i>	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
LUMAKRAS 240 MG TAB	5	LC (120 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 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	
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	2	
<i>megestrol acetate (40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	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
<i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i>	5	LC (300 cada 30 dia(s)), AP NSO
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	2	
<i>mesna 400 mg tab</i>	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
<i>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)</i>	2	BVD
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	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
<i>nilotinib hcl (50 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap)</i>	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
<i>pazopanib hcl</i>	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
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
ROZLYTREK 200 MG CAP	5	LC (90 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 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
SCSEMBLIX 100 MG TAB	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
SCSEMBLIX 20 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
SCSEMBLIX 40 MG TAB	5	LC (300 cada 30 dia(s)), AP NSO
SOLTAMOX	4	
<i>sorafenib tosylate</i>	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
STIVARGA	5	LC (84 cada 21 dia(s)), AP NSO
<i>sunitinib malate (25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s)), AP NSO
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	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
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	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
<i>toremifene citrate</i>	4	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
<i>torpenz (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	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
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	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 (180 cada 30 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
WELIREG	5	LC (90 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
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 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
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
ZOLINZA	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
ZYKADIA	5	LC (150 cada 30 dia(s)), AP NSO

ANTIPARASITICS

<i>albendazole</i>	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
<i>atovaquone</i>	2	NM
<i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)</i>	2	NM
<i>chloroquine phosphate (chloroquine phosphate, chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 500 mg tab)</i>	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
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	2	NM
KRINTAFEL	4	LC (4 cada 30 OVER TIME), NM
LAMPIT (30 MG TAB, 120 MG TAB)	4	AP, NM
<i>mefloquine hcl</i>	2	NM
<i>nitazoxanide</i>	4	LC (20 cada 10 dia(s)), NM
<i>pentamidine isethionate</i>	2	BVD, NM
<i>praziquantel</i>	3	NM
<i>primaquine phosphate (primaquine phosphate, primaquine phosphate)</i>	2	NM
<i>pyrimethamine</i>	5	AP
<i>quinine sulfate</i>	3	NM

ANTIPARKINSON AGENTS

<i>amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution)</i>	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
<i>amantadine hcl 100 mg cap</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>apomorphine hcl</i>	5	AP
<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	2	
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	3	
<i>bromocriptine mesylate 5 mg cap</i>	2	
<i>carbidopa</i>	3	
<i>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)</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 mg tab er, er 50-200 mg tab er)</i>	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))
<i>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)</i>	3	
<i>entacapone</i>	2	
<i>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)</i>	2	
<i>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)</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>pramipexole dihydrochloride er (er 0.75 mg tab er, er 1.5 mg tab er)</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	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
<i>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)</i>	2	
<i>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)</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hcl (2 mg tab, 5 mg tab)</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>trihexyphenidyl hcl 0.4 mg/ml solution</i>	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
<i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>aripiprazole (2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	2	
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	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
ARISTADA INITIO	5	LC (2.4 cada 28 OVER TIME), BVD
<i>asenapine maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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
<i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)</i>	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	
<i>clozapine (100 mg tab, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp)</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>clozapine (12.5 mg tab disp, 25 mg tab disp, 100 mg tab disp)</i>	3	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>clozapine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>clozapine 200 mg tab</i>	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
<i>compro</i>	2	
EQUETRO (100 MG CAP ER 12H, 200 MG CAP ER 12H, 300 MG CAP ER 12H)	4	LC (180 cada 30 dia(s))
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

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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 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
<i>fluphenazine decanoate</i>	2	BVD
<i>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)</i>	2	
FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION	2	BVD
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	
<i>haloperidol decanoate (50 mg/ml, 100 mg/ml)</i>	2	BVD
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	2	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	2	BVD
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	5	LC (3.5 cada 180 OVER TIME), BVD
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

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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 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
<i>loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	2	
<i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)</i>	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
<i>olanzapine (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	
<i>olanzapine (5 mg tab disp, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp)</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>olanzapine 10 mg recon soln</i>	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
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tab er, er 3 mg tab er, er 9 mg tab er)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>paliperidone er 6 mg tab 24h</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>perphenazine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab)</i>	2	
PERSERIS (90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR)	5	LC (1 cada 30 OVER TIME), BVD
<i>pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	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
<i>prochlorperazine</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	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	
<i>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)</i>	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))
<i>risperidone (0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>risperidone (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>	2	
<i>risperidone 0.25 mg tab</i>	2	
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>risperidone microspheres er (er 12.5 mg, er 25 mg)</i>	3	BVD
<i>risperidone microspheres er (er 37.5 mg, er 50 mg)</i>	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))
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	
<i>thiothixene (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	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
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	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))
<i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	2	
<i>ziprasidone mesylate</i>	2	BVD

ANTIVIRALS

<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	3	
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	1	
<i>acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	3	
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	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
<i>acyclovir sodium</i>	3	BVD
<i>adefovir dipivoxil</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
APTIVUS	5	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	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))
<i>darunavir 600 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
<i>darunavir 800 mg tab</i>	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))
<i>efavirenz</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (efavirenz-lamivudine-tenofovir, efavirenz-lamivudine-tenofovir)</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df</i>	5	
<i>emtricitabine</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
<i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	4	LC (720 cada 30 dia(s)), NM
<i>entecavir 0.5 mg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>entecavir 1 mg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
<i>etravirine (100 mg tab, 200 mg tab)</i>	4	NM

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página vii

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
EVOTAZ	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	2	NM
<i>fosamprenavir calcium</i>	4	NM
GENVOYA	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
IDVYNZO	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
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	4	LC (390 cada 30 dia(s))
<i>lamivudine (10 mg/ml, 300 mg/30ml)</i>	3	NM
<i>lamivudine (100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
<i>lamivudine-zidovudine</i>	3	NM
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	5	AP, LC (168 cada 365 OVER TIME)
LIVTENCITY	5	AP, LC (336 cada 28 dia(s))
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	3	LC (300 cada 30 dia(s)), NM
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
<i>maraviroc (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	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
<i>nevirapine</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM
<i>nevirapine er</i>	3	LC (30 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
NORVIR 100 MG PACKET	4	LC (360 cada 30 dia(s)), NM
ODEFSEY	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	3	LC (84 cada 180 OVER TIME), NM
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	3	LC (42 cada 180 OVER TIME), NM
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	3	
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	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
<i>rilpivirine hcl</i>	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
<i>ritonavir</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s)), NM
RUKOBIA	5	LC (60 cada 30 dia(s))
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	5	LC (1800 cada 30 dia(s)), NM
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
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	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))
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s)), NM
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	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

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
<i>zidovudine (50 mg/5ml syrup, 100 mg cap, 300 mg tab)</i>	3	NM
ANXIOLYTICS		
<i>alprazolam (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp)</i>	3	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>alprazolam er (er 0.5 mg tab er, er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er)</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
ALPRAZOLAM INTENSOL	2	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>alprazolam xr (0.5 mg tab er, 1 mg tab er, 2 mg tab er, 3 mg tab er)</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>buspirone hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab)</i>	2	
<i>clorazepate dipotassium (3.75 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>diazepam (2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	2	LC (1200 cada 30 dia(s))
<i>diazepam 5 mg/ml conc</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>diazepam intensol</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>lorazepam (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>lorazepam 2 mg/ml conc</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>lorazepam intensol</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
BIPOLAR AGENTS		
MOOD STABILIZERS		
<i>lithium</i>	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
<i>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)</i>	2	
<i>lithium carbonate er (er 300 mg tab er, er 450 mg tab er)</i>	2	

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ANTIDIABETIC AGENTS

<i>acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	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))
<i>dapaglifloz base-metformin er (er 5-500 mg tab er, er 10-1000 mg tab er, er 10-500 mg tab er)</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>dapaglifloz base-metformin er 5-1000 mg tab 24h</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dapagliflozin (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	1	
GLIPIZIDE (GLIPIZIDE 2.5 MG TAB, GLIPIZIDE 5 MG TAB, GLIPIZIDE 10 MG TAB)	1	
<i>glipizide er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)</i>	1	
<i>glipizide xl (2.5 mg tab er, 5 mg tab er, 10 mg tab er)</i>	1	
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	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
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	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))
<i>metformin hcl (500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 850 mg tab, 1000 mg tab)</i>	1	
<i>metformin hcl er (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er)</i>	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)
<i>nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)</i>	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)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)</i>	1	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	1	
<i>saxagliptin hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>saxagliptin-metformin er (er 5-1000 mg tab er, er 5-500 mg tab er)</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>saxagliptin-metformin er 2.5-1000 mg tab 24h</i>	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))
SOLQUA	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	
<i>diazoxide</i>	5	
<i>glucagon emergency (glucagon emergency, glucagon emergency 1 mg recon soln)</i>	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	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	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 (CONCENTRATED)	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

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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 70/30 RELION	3	
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

<i>dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap)</i>	4	LC (60 cada 30 dia(s))
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)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
<i>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)</i>	2	
<i>fondaparinux sodium (5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml, 10 mg/0.8ml)</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>heparin sodium (porcine) (5000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml)</i>	2	
<i>heparin sodium (porcine) +rfid</i>	2	
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml solution</i>	2	
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	3	
<i>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)</i>	1	
<i>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)</i>	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

<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	2	
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

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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) (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
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 25 mg packet)</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>eltrombopag olamine 75 mg tab</i>	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
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

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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

<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
-----------------------------------	---	------------------------

PLATELET MODIFYING AGENTS

<i>aspirin-dipyridamole er</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
CABLIVI	5	AP, LC (31 cada 30 dia(s))
<i>cilostazol (50 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>prasugrel hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
TAVALISSE (100 MG TAB, 150 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)</i>	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
CARDIOVASCULAR AGENTS		
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
<i>droxidopa (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	4	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	3	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>phenoxybenzamine hcl</i>	5	AP, LC (3600 cada 30 dia(s))
<i>terazosin hcl 10 mg cap</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	1	
<i>irbesartan (75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i>	1	
<i>losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	1	
<i>valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab)</i>	1	
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS		
<i>benazepril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
<i>captopril (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	1	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
<i>lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	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
<i>moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>	1	
PERINDOPRIL ERBUMINE (PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 8 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 4 MG TAB)	1	
<i>quinapril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
<i>ramipril (1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	1	
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	1	
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)</i>	1	
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	2	
DIGOXIN (DIGOXIN, DIGOXIN 0.05 MG/ML SOLUTION)	2	
<i>digoxin 62.5 mcg tab</i>	3	
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	2	
<i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	2	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	3	
MULTAQ	3	
NORPACE CR (100 MG CAP ER 12H, 150 MG CAP ER 12H)	4	
<i>pacerone 100 mg tab</i>	2	
<i>pacerone 200 mg tab</i>	3	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	2	
<i>propafenone hcl er (er 225 mg cap er, er 325 mg cap er, er 425 mg cap er)</i>	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
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	2	NM
<i>sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)</i>	3	
<i>sotalol hcl (af) (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)</i>	3	
<i>sotalol hcl 80 mg tab</i>	3	
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>	2	
<i>atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	
<i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	
BISOPROLOL FUMARATE (BISOPROLOL FUMARATE, BISOPROLOL FUMARATE 5 MG TAB, BISOPROLOL FUMARATE 10 MG TAB)	2	
<i>carvedilol (3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	1	
<i>carvedilol phosphate er (er 10 mg cap er, er 20 mg cap er, er 40 mg cap er, er 80 mg cap er)</i>	3	
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	1	
<i>metoprolol succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>	1	
<i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	3	
<i>nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>nebivolol hcl 10 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>pindolol (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	
<i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>	1	
<i>propranolol hcl (propranolol hcl, propranolol hcl 20 mg/5ml solution)</i>	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
<i>propranolol hcl er (er 60 mg cap er, er 80 mg cap er, er 120 mg cap er, er 160 mg cap er)</i>	2	
<i>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)</i>	2	

CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS

<i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	
<i>cartia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er, 300 mg cap er)</i>	2	
<i>dilt-xr (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er)</i>	2	
<i>diltiazem hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab)</i>	2	
<i>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)</i>	2	
<i>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)</i>	2	
<i>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)</i>	2	
<i>felodipine er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)</i>	2	
<i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	2	
<i>matzim la (180 mg tab er, 240 mg tab er, 300 mg tab er, 360 mg tab er, 420 mg tab er)</i>	3	
<i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>	2	
<i>nifedipine (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	1	
<i>nifedipine er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)</i>	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
<i>nifedipine er osmotic release (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)</i>	1	
NIMODIPINE	5	LC (1800 cada 30 dia(s))
<i>nimodipine</i>	2	
<i>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)</i>	2	
NYMALIZE	5	LC (1800 cada 30 dia(s))
<i>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)</i>	3	
<i>verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)</i>	1	
<i>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)</i>	2	
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	2	
<i>acetazolamide er</i>	2	
AMILORIDE-HYDROCHLOROTHIAZIDE	2	
<i>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)</i>	1	
<i>amlodipine besylate-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)</i>	1	
<i>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)</i>	1	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)</i>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	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
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	2	
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	1	
EDARBYCLOR (40-12.5 MG TAB, 40-25 MG TAB)	4	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)</i>	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))
<i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	1	
<i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	4	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	1	
<i>losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i>	3	
<i>metyrosine</i>	5	AP
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	1	
<i>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)</i>	1	
<i>pentoxifylline er</i>	2	
<i>ranolazine er (er 500 mg tab er, er 1000 mg tab er)</i>	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
<i>sacubitril-valsartan (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>sacubitril-valsartan 24-26 mg tab</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>spironolactone-hctz</i>	2	
TELMISARTAN-AMLODIPINE (40-10 MG TAB, 40-5 MG TAB, 80-10 MG TAB, 80-5 MG TAB)	1	
<i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>	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	
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	1	
<i>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)</i>	1	
VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))

DIURETICS

<i>amiloride hcl</i>	2	
<i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	1	
<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	2	
<i>ethacrynic acid</i>	4	AP, LC (480 cada 30 dia(s))
<i>furosemide (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	1	
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	2	
FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION	2	
FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION	2	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	1	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	1	
<i>metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	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
<i>torsemide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	
<i>triamterene (50 mg cap, 100 mg cap)</i>	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))
<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	1	
<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	2	
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	2	LC (1195 cada 30 dia(s))
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i>	2	LC (900 cada 30 dia(s))
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>ezetimibe</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>fenofibrate (48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap, 134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap)</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>fenofibrate micronized (43 mg cap, 67 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap)</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>fenofibric acid (45 mg cap dr, 135 mg cap dr)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>	1	
<i>gemfibrozil</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i>	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))
<i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
NEXLETOL	3	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
NEXLIZET	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>niacin er (antihyperlipidemic) (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er, er 1000 mg tab er)</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>pitavastatin calcium (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	1	TE
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	1	
<i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	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)
<i>rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
<i>simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	1	
TRYNGOLZA 80 MG/0.8ML SOLN A-INJ	5	AP

MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS

<i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	2	
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	4	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	

VASODILATORS

<i>hydralazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 120 mg tab er)</i>	2	
<i>minoxidil (2.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	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
<i>nitro-bid</i>	4	
<i>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)</i>	2	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	2	LC (30 cada 30 OVER TIME)
<i>nitroglycerin 0.4 mg/spray solution</i>	2	
NITROLINGUAL	3	
<i>sildenafil citrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	LC (6 cada 30 dia(s)), PG, CB (72 / 365 dia(s)), EX

AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS

<i>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)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>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)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>clonidine hcl er</i>	1	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>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)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dextroamphetamine sulfate er (er 10 mg cap er, er 15 mg cap er)</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap 24h</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>guanfacine hcl er (er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er, er 4 mg tab er)</i>	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
<i>lisdexamfetamine dimesylate (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap, 70 mg cap)</i>	3	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate (10 mg/9hr patch, 15 mg/9hr patch, 20 mg/9hr patch, 30 mg/9hr patch)</i>	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl 10 mg/5ml solution</i>	3	LC (900 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl 5 mg/5ml solution</i>	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)
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	
<i>pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution</i>	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
<i>pyridostigmine bromide er</i>	3	
<i>riluzole</i>	3	
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	2	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))

MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS

<i>dalfampridine er</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>fingolimod hcl</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr</i>	5	LC (12 cada 28 OVER TIME)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsyr</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsyr</i>	5	LC (12 cada 28 OVER TIME)
<i>teriflunomide (7 mg tab, 14 mg tab)</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))

DENTAL AND ORAL AGENTS

<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	2	
<i>kourzeq</i>	2	
<i>lidocaine viscous hcl</i>	3	
<i>periogard</i>	2	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	2	

DERMATOLOGICAL AGENTS

ACNE AND ROSACEA AGENTS

<i>acutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	3	
<i>acitretin (10 mg cap, 25 mg cap)</i>	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
<i>acitretin 17.5 mg cap</i>	2	
<i>adapalene 0.1 % cream</i>	2	
<i>adapalene-benzoyl peroxide 0.1-2.5 % gel</i>	3	
ALTRENO	4	LC (45 cada 30 OVER TIME)
<i>amnestem (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	3	
<i>amnestem 30 mg cap</i>	3	
<i>azelaic acid</i>	3	LC (50 cada 30 OVER TIME)
AZELEX	4	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	3	
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	3	
<i>claravis 30 mg cap</i>	3	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox (1-5 % gel, 1.2-2.5 % gel, 1.2-5 % gel)</i>	2	
FINACEA 15 % FOAM	4	
<i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	2	
<i>isotretinoin 30 mg cap</i>	2	
<i>tazarotene 0.1 % cream</i>	2	
<i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % gel, 0.05 % gel)</i>	3	
<i>tretinoin (0.025 %, 0.05 %, 0.1 %)</i>	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	
TRETINOIN MICROSPHERE PUMP (PUMP 0.04 % GEL, PUMP 0.1 % GEL)	4	
<i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	3	
<i>zenatane 30 mg cap</i>	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
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
ADBRY (150 MG/ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ)	5	AP, LC (6 cada 28 OVER TIME)
<i>alclometasone dipropionate (alclometasone dipropionate, alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment)</i>	3	
<i>ammonium lactate 12 % cream</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	3	
<i>betamethasone valerate (betamethasone valerate, betamethasone valerate 0.1 % cream, betamethasone valerate 0.1 % ointment)</i>	3	
<i>betamethasone valerate 0.1 % lotion</i>	2	
<i>clobetasol prop emollient base</i>	2	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment, 0.05 % shampoo, 0.05 % solution)</i>	3	
<i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>	3	LC (125 cada 14 OVER TIME)
<i>clobetasol propionate e</i>	2	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	3	
<i>desoximetasone (0.25 % cream, 0.25 % ointment)</i>	4	
EUCRISA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % solution</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide 0.025 % ointment</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	3	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)</i>	3	
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	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
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	2	
<i>hydrocortisone (hydrocortisone 1 % cream, hydrocortisone 1 % ointment, hydrocortisone 2.5 % cream, hydrocortisone 2.5 % ointment, hydrocortisone 2.5 % lotion, hydrocortisone 2.5 % lotion)</i>	2	
<i>hydrocortisone (perianal) (hydrocortisone (perianal), hydrocortisone (perianal))</i>	2	
<i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)</i>	2	
<i>pimecrolimus</i>	2	TE
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>proctosol hc</i>	2	
<i>proctozone-hc</i>	2	
<i>tacrolimus (0.03 %, 0.1 %)</i>	2	LC (100 cada 30 OVER TIME)
<i>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)</i>	2	
<i>triderm</i>	2	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
<i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)</i>	2	
CALCIPOTRIENE (CALCIPOTRIENE 0.005 % SOLUTION, CALCIPOTRIENE 0.005 % SOLUTION)	3	
<i>calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % ointment</i>	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
<i>calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % suspension</i>	3	
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	3	
ENSTILAR	5	
FLUOROURACIL (FLUOROURACIL 5 % CREAM, FLUOROURACIL 2 % SOLUTION, FLUOROURACIL 5 % SOLUTION)	3	
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE 1-1 % CREAM	2	
<i>imiquimod 5 % cream</i>	3	
METHOXSALEN RAPID	5	
PODOFILOX	2	
SANTYL	4	
<i>silver sulfadiazine</i>	2	
<i>ssd</i>	2	
VALCHLOR	5	LC (120 cada 30 dia(s)), AP NSO
VTAMA	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))

TOPICAL ANTI-INFECTIVES

<i>ciclopirox 8 % solution</i>	3	NM
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	3	
CLEOCIN 100 MG SUPPOS	4	
<i>clindamycin phos (once-daily)</i>	3	
<i>clindamycin phos (twice-daily)</i>	3	
<i>clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % swab, 2 % cream)</i>	3	
<i>clindamycin phosphate 1 % solution</i>	3	
<i>dapsone 5 % gel</i>	3	
ERY	2	
ERYTHROMYCIN (ERYTHROMYCIN 2 % GEL, ERYTHROMYCIN 2 % GEL, ERYTHROMYCIN 2 % 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
<i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	3	
<i>ivermectin 1 % cream</i>	2	LC (45 cada 30 OVER TIME)
<i>metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % gel)</i>	2	
<i>metronidazole 1 % gel</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>mupirocin</i>	2	
<i>mupirocin calcium</i>	3	
<i>naftifine hcl 2 % cream</i>	3	
<i>permethrin</i>	3	
SPINOSAD	4	
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	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	
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

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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	
<i>clinisol sf</i>	2	BVD
CO-NATAL FA	2	
COMPLETE NATAL DHA	2	
COMPLETENATE	3	
<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml solution</i>	2	PG, EX
DERMACINRX PNV PRENATOL	3	
DERMACINRX PRETRATE	2	
<i>dextrose (dextrose 10 % solution, dextrose 10 % solution)</i>	2	BVD
DEXTROSE-NACL	2	
<i>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)</i>	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
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	
<i>ergocalciferol 1.25 mg (50000 ut) cap</i>	2	PG, EX
FOLATEXCEL	2	
<i>folic acid 1 mg tab</i>	2	PG, EX
GESTYRA	2	
INATAL GT	2	
ISOLYTE-P IN D5W	3	BVD
ISOLYTE-S PH 7.4	3	BVD
<i>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-%-%)</i>	2	BVD
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	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	2	
<i>klor-con (klor-con, klor-con 8 meq tab er, klor-con 20 meq packet)</i>	3	
<i>klor-con 10 (klor-con 10, klor-con 10)</i>	3	
<i>klor-con m10</i>	3	
<i>klor-con m15</i>	3	
<i>klor-con m20</i>	3	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON	2	
<i>kp folic acid 1 mg tab</i>	2	PG
M-NATAL PLUS	3	
<i>magnesium sulfate (magnesium sulfate 50 % solution, magnesium sulfate 50 % solution)</i>	2	BVD
MATERNACEL	2	
MATERVIA	2	
MATRIAPRO	3	
MATRONEX	3	
MULTI-MAC	2	
MULTIPLE ELECTRO TYPE 1 PH 5.5	3	
<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i>	3	BVD
<i>nafrinse</i>	2	
NATACHEW	2	
NATAL PNV	2	
NATALCHEW	3	
NATACORE	3	
NATALVIT	2	
NEO-VITAL RX	2	
NEOMATERNA	2	
NEONATAL + DHA	2	
NEONATAL COMPLETE 27-1 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
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	
ONENATAL RX	2	
PLASMA-LYTE 148	3	
PLASMA-LYTE A	3	BVD
<i>plenamine</i>	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	
<i>potassium chloride (10 %, 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%))</i>	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
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	
<i>potassium chloride 2 meq/ml solution</i>	2	BVD
<i>potassium chloride 20 meq packet</i>	3	
<i>potassium chloride crys er (er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)</i>	1	
<i>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)</i>	1	
<i>potassium chloride in dextrose</i>	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
<i>potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)</i>	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
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	
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	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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	
<i>sodium chloride (0.45 %, 3 %, 5 %)</i>	2	BVD
<i>sodium chloride (pf)</i>	2	BVD
SODIUM CHLORIDE 0.9 % SOLUTION	2	BVD
<i>sodium chloride 0.9 % solution</i>	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	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
TRINATAL RX 1	2	
TRINATE	2	
TRISTART DHA	2	
TROPHAMINE	3	BVD
<i>true folic acid 1 mg tab</i>	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	
VITAFOL-ONE	2	
VITALARA	2	
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC	2	
VITAMEDMD REDICHEW RX	2	
<i>vitamin d (ergocalciferol) (1.25 mg (50000 ut) cap, 50000 unit cap)</i>	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	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
ZALVIT	2	
ZIPHEX	2	
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
CHEMET	4	
<i>deferasirox (90 mg packet, 180 mg packet, 360 mg packet)</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	4	AP, LC (720 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 180 mg tab</i>	5	AP, LC (450 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 250 mg tab sol</i>	5	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 360 mg tab</i>	3	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 500 mg tab sol</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 90 mg tab</i>	3	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox granules (90 mg packet, 180 mg packet, 360 mg packet)</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>deferiprone (500 mg tab, 1000 mg tab)</i>	5	
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	5	LC (2970 cada 30 dia(s))
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	5	AP
<i>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)</i>	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>tolvaptan (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>tolvaptan (hyponatremia) (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>trientine hcl (trientine hcl, trientine hcl)</i>	5	AP
PHOSPHATE BINDERS		
<i>calcium acetate</i>	3	
<i>calcium acetate (phos binder) (667 mg cap, 667 mg tab)</i>	3	
<i>lanthanum carbonate (500 mg chew tab, 750 mg chew tab, 1000 mg chew tab)</i>	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
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	2	
<i>sevelamer hcl (400 mg tab, 800 mg tab)</i>	2	
VELPHORO	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))

POTASSIUM BINDERS

<i>kionex</i>	2	
LOKELMA 10 GM PACKET	3	LC (90 cada 30 dia(s))
LOKELMA 5 GM PACKET	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml suspension</i>	3	
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	3	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)	3	
<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i>	2	
VELTASSA (8.4 GM PACKET, 16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET)	4	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
VELTASSA 1 GM PACKET	4	AP, LC (120 cada 30 dia(s))

GASTROINTESTINAL AGENTS

ANTI-CONSTIPATION AGENTS

<i>constulose</i>	2	
<i>enulose</i>	2	
<i>generlac</i>	3	
<i>kristalose 10 gm packet</i>	2	
<i>lactulose (10 gm packet, 10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i>	2	
<i>lactulose 20 gm packet</i>	2	
<i>lactulose encephalopathy</i>	2	
LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)</i>	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
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>prucalopride succinate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
SYMPROIC	3	LC (30 cada 30 dia(s))

ANTI-DIARRHEAL AGENTS

<i>alosetron hcl 0.5 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>alosetron hcl 1 mg tab</i>	4	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>diphenoxylate-atropine</i>	3	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	3	
XERMELO	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))

ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL

<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i>	2	
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i>	2	
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	2	
<i>glycopyrrolate 1 mg/5ml solution</i>	3	
<i>methscopolamine bromide 2.5 mg tab</i>	2	
<i>methscopolamine bromide 5 mg tab</i>	2	

GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER

<i>bis subcit-metronid-tetracyc</i>	4	LC (120 cada 30 OVER TIME), NM
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin</i>	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	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>gavilyte-n with flavor pack</i>	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
GENOTROPIN (5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE)	5	AP
GENOTROPIN MINISYN (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 MINISYN 0.2 MG PRSYR	4	AP
<i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	2	
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	2	
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN, 10 MG/1.5ML SOLN CART)	5	AP
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbic</i>	2	
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>	2	
REZDIFFRA (60 MG TAB, 80 MG TAB, 100 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>sucrafate 1 gm tab</i>	2	
<i>sucrafate 1 gm/10ml suspension</i>	3	
SUFLAVE	3	
SUPREP BOWEL PREP KIT	3	
SUTAB	3	
<i>ursodiol (250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab)</i>	2	
VOWST	5	TE, LC (12 cada 180 OVER TIME), NM

HISTAMINE-2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS

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

PROTON PUMP INHIBITORS

<i>esomeprazole magnesium (20 mg cap dr, 40 mg cap dr)</i>	2	
<i>lansoprazole (15 mg cap dr, 30 mg cap dr)</i>	2	
<i>omeprazole (10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr)</i>	2	
<i>pantoprazole sodium (20 mg tab dr, 40 mg tab dr)</i>	2	
<i>rabeprazole sodium</i>	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))
ATTRUBY	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>betaine</i>	5	
<i>carglumic acid</i>	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	
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	3	
CYSTAGON (50 MG CAP, 150 MG CAP)	4	AP
<i>dichlorphenamide</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>L-glutamine 5 gm packet</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
MYALEPT	5	AP, LC (67.8 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
<i>nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 20 mg cap)</i>	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
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	5	AP
<i>sodium phenylbutyrate 3 gm/tsp powder</i>	5	
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

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

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	3	
<i>budesonide er</i>	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>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)</i>	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
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5ML SOLUTION	2	
<i>fludrocortisone acetate</i>	2	
HEMADY 20 MG TAB	4	LC (60 cada 30 dia(s)), AP NSO
<i>hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>	3	
<i>methylprednisolone (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	2	
<i>methylprednisolone 4 mg tab thpk</i>	2	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	2	
<i>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)</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate 20 mg/5ml solution</i>	3	
PREDNISON (1 MG TAB DR, 2 MG TAB DR)	4	
<i>prednisone (1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab)</i>	1	
PREDNISON 5 MG/5ML SOLUTION	2	
PREDNISON INTENSOL	2	
TARPEYO	5	AP, AL, LC (120 cada 30 dia(s))

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

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

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

ANDROGENS

<i>danazol (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	3	
<i>testosterone (testosterone 1.62 % gel, 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)</i>	2	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
<i>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)</i>	2	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml, 200 mg/ml)</i>	2	AP
TESTOSTERONE ENANTHATE	3	AP, LC (10 cada 28 OVER TIME)

ESTROGENS

<i>abigale</i>	3	
<i>abigale lo</i>	2	
<i>amabelz 0.5-0.1 mg tab</i>	3	
<i>apri</i>	2	
ARANELLE	2	
<i>aviane</i>	2	
<i>azurette</i>	2	
<i>balziva</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	2	
<i>briellyn</i>	2	
<i>cryselle</i>	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
<i>cryselle-28</i>	2	
DEPO-ESTRADIOL	4	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	
<i>dolishale</i>	2	
<i>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)</i>	3	
<i>dotti 0.025 mg/24hr patch tw</i>	3	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol 3-0.02-0.451 mg tab</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	2	
<i>eluryng</i>	3	LC (1 cada 28 OVER TIME)
<i>enilloring</i>	3	LC (1 cada 28 OVER TIME)
<i>estarylla</i>	2	
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.025 mg/24hr patch wk)</i>	2	
<i>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)</i>	2	
<i>estradiol 0.01 % cream</i>	2	LC (127.5 cada 30 OVER TIME)
<i>estradiol 10 mcg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>estradiol-norethindrone acet (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)</i>	2	
<i>estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)</i>	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	2	LC (1 cada 28 OVER TIME)
<i>feirza 1.5/30</i>	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
<i>feirza 1/20</i>	2	
FEMRING (0.05 MG/24HR RING, 0.1 MG/24HR RING)	4	TE, LC (1 cada 90 OVER TIME)
<i>fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	3	
<i>hailey 24 fe</i>	2	
<i>hailey fe 1/20</i>	2	
<i>iclevia</i>	2	LC (91 cada 91 dia(s))
<i>introvale</i>	2	LC (91 cada 91 dia(s))
<i>jaimiess</i>	2	
<i>jasmiel</i>	2	
<i>jinteli</i>	3	
<i>junel 1.5/30</i>	2	
<i>junel 1/20</i>	2	
<i>junel fe 1.5/30</i>	2	
<i>junel fe 1/20</i>	2	
<i>junel fe 24</i>	2	
<i>kariva</i>	2	
<i>kelnor 1/35</i>	2	
<i>lessina</i>	2	
<i>levonest</i>	2	
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	2	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	2	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 mg tab</i>	2	LC (91 cada 91 dia(s))
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad 90-20 mcg tab</i>	2	
<i>levora 0.15/30 (28)</i>	2	
LO LOESTRIN FE	4	
<i>loestrin 1.5/30 (21)</i>	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
<i>loestrin 1/20 (21)</i>	4	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	4	
<i>loestrin fe 1/20</i>	4	
<i>loryna</i>	2	
<i>luizza 1.5/30</i>	2	
<i>luizza 1/20</i>	2	
<i>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)</i>	3	
<i>lyllana 0.025 mg/24hr patch tw</i>	3	
<i>marlissa</i>	2	
<i>merzee</i>	2	
<i>microgestin 1.5/30</i>	2	
<i>microgestin 1/20</i>	2	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	2	
<i>microgestin fe 1/20</i>	2	
<i>mili</i>	2	
<i>mimvey</i>	3	
MYFEMBREE	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	2	
<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	2	LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>norethin ace-eth estrad-fe 1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	2	
<i>norethindrone acet-ethinyl est 1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	3	
<i>norgestim-eth estrad triphasic (0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab)</i>	2	
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	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
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	2	
<i>nortrel 7/7/7</i>	2	
<i>nylia 1/35</i>	2	
<i>nylia 7/7/7</i>	2	
ORILISSA 150 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ORILISSA 200 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>portia-28</i>	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	
<i>reclipsen</i>	2	
SAFYRAL	4	
<i>sprintec 28</i>	2	
<i>sronyx</i>	2	
<i>tarina 24 fe</i>	2	
<i>tilia fe</i>	2	
<i>tri-estarylla</i>	2	
<i>tri-legest fe</i>	2	
<i>tri-lo-estarylla</i>	2	
<i>tri-lo-sprintec</i>	2	
<i>tri-sprintec</i>	2	
<i>tri-vylibra lo</i>	2	
<i>turqoz</i>	2	
<i>tydemy</i>	4	
<i>valtya 1/35</i>	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
VALTYA 1/50	2	
VELIVET	2	
<i>vestura</i>	2	
<i>vienva</i>	2	
<i>viorele</i>	2	
<i>vylibra</i>	2	
<i>xarah fe</i>	2	
<i>xulane</i>	2	LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>yuvafem</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>zovia 1/35 (28)</i>	2	
PROGESTINS		
<i>camila</i>	2	
CRINONE 4 % GEL	4	AP
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	LC (1 cada 90 OVER TIME)
<i>errin</i>	2	
<i>gallifrey</i>	2	
<i>heather</i>	2	
LILETTA (52 MG)	3	LC (1 cada 365 OVER TIME), BVD
<i>lyleq</i>	2	
<i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)</i>	2	LC (1 cada 90 OVER TIME)
<i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	
MEGESTROL ACETATE	3	
<i>megestrol acetate 625 mg/5ml suspension</i>	4	
<i>meleya</i>	2	
NEXPLANON	3	LC (1 cada 365 OVER TIME)
<i>norethindrone</i>	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
<i>norethindrone acetate</i>	2	
ORIAHNN	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>orquidea</i>	2	
<i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i>	3	

SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS

DUAVEE	3	LC (30 cada 30 dia(s))
OSPHENA	4	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>raloxifene hcl</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

<i>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)</i>	1	
<i>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)</i>	3	
<i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	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	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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)

<i>cabergoline</i>	2	
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 7.5 MG KIT	5	BVD
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 11.25 MG (PED) KIT	5	BVD
<i>octreotide acetate (50 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml)</i>	3	AP
<i>octreotide acetate (500 mcg/ml, 1000 mcg/ml)</i>	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

<i>methimazole (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	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
<i>propylthiouracil</i>	2	
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
ANGIOEDEMA AGENTS		
HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN)	5	AP, LC (16 cada 28 OVER TIME)
<i>icatibant acetate</i>	5	AP, LC (18 cada 30 OVER TIME)
IMMUNOGLOBULINS		
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
BIVIGAM (5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION)	5	AP
<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	2	
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	1	
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
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

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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
<i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	2	
PRIVIGEN (5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION)	5	AP
<i>terazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	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)
ARCALYST	5	AP
AURANOFIN	5	
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)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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)
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)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
<i>tofacitinib citrate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	3	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>tofacitinib citrate 1 mg/ml solution</i>	3	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
<i>tofacitinib citrate er (er 11 mg tab er, er 22 mg tab er)</i>	3	AP, 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)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
IMMUNOSUPPRESSANTS		
<i>azathioprine (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	BVD
<i>cyclosporine 100 mg cap</i>	2	BVD
<i>cyclosporine 25 mg cap</i>	2	BVD
<i>cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>	3	BVD
<i>cyclosporine modified 25 mg cap</i>	3	BVD
<i>cyclosporine modified 50 mg cap</i>	3	BVD
ENBREL MINI	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	4	BVD
<i>everolimus (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	5	LC (120 cada 30 dia(s)), BVD
<i>everolimus 0.25 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), BVD
<i>engraf 100 mg cap</i>	3	BVD
<i>engraf 25 mg cap</i>	3	BVD
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	
LUPKYNIS	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)</i>	2	BVD
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml recon susp</i>	3	BVD
<i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	3	BVD
<i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	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)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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)
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	2	BVD
<i>sirolimus 1 mg/ml solution</i>	2	BVD
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	2	BVD
<i>tacrolimus er (er 0.5 mg cap er, er 1 mg cap er, er 5 mg cap er)</i>	4	BVD
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, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	3	\$0
DAPTACEL	3	\$0
ENGRIX-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

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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
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

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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
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

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

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

<i>alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)</i>	1	
<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	1	
BILDYOS	4	BVD
BILPREVDA	5	BVD
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	2	
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>	3	
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i>	4	
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	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)
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	2	LC (1 cada 28 OVER TIME)
JUBBONTI	4	BVD
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap)</i>	2	
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	2	LC (1 cada 28 OVER TIME)
<i>risedronate sodium 30 mg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	2	LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	3	LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>risedronate sodium 5 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
TERIPARATIDE	5	AP
<i>teriparatide</i>	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
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))
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	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
ALCOHOL PADS	2	
ALCOHOL PREP (70 % PAD, PAD)	2	
ALCOHOL PREP PADS	2	
ALCOHOL SWABS (70 % PAD, PAD)	2	
ALCOHOL SWABSTICK	2	
<i>alcohol wipes</i>	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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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 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
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
<i>cvs isopropyl alcohol wipes</i>	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))
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	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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 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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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 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	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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
ESSENTA 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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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 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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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 (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))
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))
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	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
<i>isopropyl alcohol wipes</i>	2	
<i>iv prep wipes</i>	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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
<i>medpura alcohol pads</i>	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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
<i>qc alcohol</i>	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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
RA INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
<i>ra isopropyl alcohol wipes</i>	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))
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	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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	
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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 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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
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	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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

<i>atropine sulfate (atropine sulfate 1 % solution, atropine sulfate 1 % solution)</i>	3	
<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	3	
<i>bepotastine besilate</i>	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)
COMBIGAN	3	LC (10 cada 30 OVER TIME)
<i>cvs allergy eye drops</i>	1	
<i>cvs eye itch relief</i>	1	
<i>cvs olopatadine hcl 0.1 % solution</i>	1	
<i>cyclosporine (pf)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dorzolamide hcl-timolol mal (2, 22.3-6.8 mg/ml)</i>	3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i>	3	
<i>eq eye itch relief</i>	1	
<i>eq olopatadine hcl 0.1 % solution</i>	1	
<i>eye allergy itch/redness rel</i>	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
<i>eye itch relief</i>	1	
<i>ft eye allergy itch & redness</i>	1	
<i>gnp olopatadine hcl 0.1 % solution</i>	1	
<i>hm eye allergy itch/red relief</i>	1	
<i>ketotifen fumarate</i>	1	
<i>olopatadine hcl (0.1 %, 0.2 %)</i>	1	
ROCKLATAN	4	TE, LC (5 cada 30 OVER TIME)
<i>sm eye itch relief</i>	1	
TYRVAYA	3	LC (8.4 cada 30 OVER TIME)
XIIDRA	3	LC (60 cada 30 dia(s))

OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES

<i>ak-poly-bac</i>	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)
<i>ciprofloxacin hcl 0.3 % solution</i>	3	
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	2	
<i>gatifloxacin</i>	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	3	
LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION	2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>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)</i>	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
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC	3	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	3	
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium (sulfacetamide sodium 10 % solution, sulfacetamide sodium 10 % solution)</i>	2	
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	2	
TOBRADEX 0.3-0.1 % OINTMENT	4	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	2	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	3	
TOBREX	4	
TRIFLURIDINE	3	
XDEMY	5	AP
ZIRGAN	4	
ZYLET	4	
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	3	
CROMOLYN SODIUM	3	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	3	
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	2	
FLAREX	4	
<i>fluorometholone</i>	2	
FLURBIPROFEN SODIUM	3	
FML FORTE	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
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)
<i>loteprednol etabonate (0.5 % gel, 0.5 % suspension)</i>	2	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>loteprednol etabonate 0.2 % suspension</i>	2	TE, LC (15 cada 30 OVER TIME)
MAXIDEX	4	
<i>prednisolone acetate</i>	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	
<i>timolol maleate (0.25 % gel soln, 0.5 % gel soln)</i>	3	
<i>timolol maleate (0.25 %, 0.5 %)</i>	2	
<i>timolol maleate ocudose</i>	2	
<i>timolol maleate pf (0.25 %, 0.5 %)</i>	2	

OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER

ALPHAGAN P ALHAGAN 0.1 % SOLUTION	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)
APRACLONIDINE HCL	2	
<i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>	2	
<i>brinzolamide</i>	2	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
<i>dorzolamide hcl</i>	2	
IOPIDINE	4	
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	2	
<i>pilocarpine hcl (1 %, 2 %, 4 %)</i>	2	
RHOPRESSA	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
SIMBRINZA	3	LC (16 cada 30 OVER TIME)

OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS

<i>bimatoprost 0.01 % solution</i>	3	LC (5 cada 30 dia(s))
<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	3	LC (7.5 cada 30 OVER TIME)
<i>latanoprost</i>	2	
VYZULTA	4	TE

OTIC AGENTS

<i>acetic acid 2 % solution</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl 0.2 % solution</i>	3	NM
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	2	
<i>ciprofloxacin-hydrocortisone</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % oil</i>	3	
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i>	2	

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS

<i>allergy nasal spray (momet)</i>	3	
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))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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))
<i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
<i>flunisolide</i>	3	LC (50 cada 30 OVER TIME)
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	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))
<i>fluticasone propionate hfa</i>	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))
<i>mometasone furoate 50 mcg/act suspension</i>	3	LC (34 cada 30 OVER TIME)

ANTIHIISTAMINES

<i>12 hour allergy-d</i>	1	EX
<i>12hr allergy & congestion</i>	1	EX
<i>24hr allergy & congestion reli</i>	1	EX
<i>24hr allergy relief</i>	1	EX
<i>all day allergy</i>	1	EX
<i>all day allergy d</i>	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
<i>all day allergy-d</i>	1	EX
<i>allergy (cetirizine)</i>	1	EX
<i>allergy 24-hr</i>	1	EX
<i>allergy 24hour indoor/outdoor</i>	1	EX
<i>allergy childrens (5 mg/5ml solution, 30 mg/5ml suspension)</i>	1	EX
<i>allergy rel child (loratadine)</i>	1	EX
<i>allergy relief (10 mg tab, 180 mg tab)</i>	1	EX
<i>allergy relief (cetirizine) (10 mg cap, 10 mg tab)</i>	1	EX
<i>allergy relief (loratadine) 10 mg tab</i>	1	EX
<i>allergy relief ceterizine</i>	1	EX
<i>allergy relief cetirizine</i>	1	EX
<i>allergy relief d 5-120 mg tab 12h</i>	1	EX
<i>allergy relief d-12</i>	1	EX
<i>allergy relief d-24</i>	1	EX
<i>allergy relief-d (5-120 mg tab er 12h, 10-240 mg tab er 24h)</i>	1	EX
<i>allergy relief/indoor/outdoor</i>	1	EX
<i>allergy relief/nasal decongest (5-120 mg tab er 12h, 10-240 mg tab er 24h)</i>	1	EX
<i>allergy-d 12hr</i>	1	EX
<i>allergy-d 24hr</i>	1	EX
<i>allergy/congestion relief</i>	1	EX
<i>antihistamine & nasal deconges</i>	1	EX
<i>azelastine hcl (0.1 %, 137 mcg/spray)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>azelastine-fluticasone</i>	4	LC (23 cada 30 OVER TIME)
<i>cetirizine hcl (1 mg/ml, 5 mg/5ml)</i>	1	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>cetirizine hcl (5 mg chew tab, 5 mg tab, 10 mg chew tab, 10 mg tab)</i>	1	EX
<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	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
<i>childrens loratadine</i>	1	EX
<i>cvs allergy & hives relief</i>	1	EX
<i>cvs allergy childrens</i>	1	EX
<i>cvs allergy relief (5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)</i>	1	EX
<i>cvs allergy relief childrens (5 mg chew tab, 30 mg/5ml suspension)</i>	1	EX
<i>cvs allergy relief d (5-120 mg tab er, 60-120 mg tab er)</i>	1	EX
<i>cvs allergy relief d24</i>	1	EX
<i>cvs allergy relief(cetirizine)</i>	1	EX
<i>cvs allergy relief-d (5-120 mg tab er 12h, 10-240 mg tab er 24h)</i>	1	EX
<i>cvs allergy relief-d12</i>	1	EX
<i>cvs indoor/outdoor allergy rlf</i>	1	EX
<i>cyproheptadine hcl 2 mg/5ml syrup</i>	2	LC (4500 cada 30 dia(s))
<i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s))
<i>desloratadine</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>eq all day allergy relief</i>	1	EX
<i>eq allerg relief child (lorat)</i>	1	EX
<i>eq allergy & congestion relief</i>	1	EX
<i>eq allergy childrens</i>	1	EX
<i>eq allergy relief (5-120 mg tab er 12h, 10 mg tab, 180 mg tab)</i>	1	EX
<i>eq allergy relief (cetirizine) 10 mg tab</i>	1	EX
<i>eq allergy relief childrens 30 mg/5ml suspension</i>	1	EX
<i>eq allergy relief d 12 hour</i>	1	EX
<i>eq allergy relief nasal decong (5-120 mg tab er 12h, 10-240 mg tab er 24h)</i>	1	EX
<i>eq cetirizine hcl 10 mg chew tab</i>	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
<i>eq loratadine childrens (5 mg chew tab, 10 mg tab disp)</i>	1	EX
<i>eqi all day allergy</i>	1	EX
<i>eqi allergy relief (10 mg tab, 180 mg tab)</i>	1	EX
<i>fexofenadine hcl 180 mg tab</i>	1	EX
<i>fexofenadine-pseudoephed er (er 60-120 mg tab er 12h, er 180-240 mg tab er 24h)</i>	1	EX
<i>ft all day allergy 24 hour</i>	1	EX
<i>ft all day allergy ergy 10 mg tab</i>	1	EX
<i>ft all day allergy relief</i>	1	EX
<i>ft all day allergy-d</i>	1	EX
<i>ft allergy & congestion-d 12hr</i>	1	EX
<i>ft allergy childrens</i>	1	EX
<i>ft allergy d-12 hour</i>	1	EX
<i>ft allergy relief (10 mg tab, 180 mg tab)</i>	1	EX
<i>ft allergy relief 24 hour</i>	1	EX
<i>ft allergy relief cetirizine</i>	1	EX
<i>ft allergy relief childrens 5 mg chew tab</i>	1	EX
<i>ft allergy relief loratadine</i>	1	EX
<i>ft allergy relief-d</i>	1	EX
<i>gnp all day allergy</i>	1	EX
<i>gnp all day allergy-d</i>	1	EX
<i>gnp allergy & congestion</i>	1	EX
<i>gnp allergy relief 180 mg tab</i>	1	EX
<i>gnp allergy/congestion relief</i>	1	EX
<i>gnp fexofenadine hcl</i>	1	EX
<i>gnp fexofenadine/pse er</i>	1	EX
<i>gnp loratadine (5 mg/5ml solution, 10 mg tab, 10 mg tab disp)</i>	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
<i>gnp loratadine childrens</i>	1	EX
<i>gnp loratadine-d 12hr</i>	1	EX
<i>goodsense all day allergy ergy 10 mg tab</i>	1	EX
<i>goodsense all day allergy-d</i>	1	EX
<i>goodsense aller-ease</i>	1	EX
<i>goodsense allergy relief (10 mg cap, 10 mg tab)</i>	1	EX
<i>goodsense allergy relief child</i>	1	EX
<i>hm all day allergy ergy 10 mg tab</i>	1	EX
<i>hm allergy & congestion</i>	1	EX
<i>hm allergy complete-d</i>	1	EX
<i>hm allergy relief (cetirizine)</i>	1	EX
<i>hm allergy relief 180 mg tab</i>	1	EX
<i>hm allergy relief/nasal decong</i>	1	EX
<i>hm cetirizine hcl</i>	1	EX
<i>hm loratadine</i>	1	EX
<i>hm loratadine childrens</i>	1	EX
<i>kls aller-fex</i>	1	EX
<i>kls allerclear</i>	1	EX
<i>levocetirizine dihydrochloride 2.5 mg/5ml solution</i>	2	
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>loratadine (5 mg/5ml solution, 10 mg cap, 10 mg tab, 10 mg tab disp)</i>	1	EX
<i>loratadine childrens (5 mg chew tab, 5 mg/5ml solution)</i>	1	EX
<i>loratadine-d 12hr</i>	1	EX
<i>loratadine-d 24hr</i>	1	EX
<i>meijer allergy relief-d</i>	1	EX
<i>mm allergy relief 24 hour</i>	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
<i>olopatadine hcl 0.6 % solution</i>	3	LC (30.5 cada 30 OVER TIME)
<i>qc all day allergy</i>	1	EX
<i>qc all day allergy relief</i>	1	EX
<i>qc allergy relief (10 mg cap, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 180 mg tab)</i>	1	EX
<i>qc allergy relief (cetirizine)</i>	1	EX
<i>qc cetirizine allergy relief</i>	1	EX
<i>qc loratadine allergy relief</i>	1	EX
<i>qc loratadine-d</i>	1	EX
<i>ra allergy relief 10 mg cap</i>	1	EX
<i>sb loratadine 10 mg tab</i>	1	EX
<i>sm all day allergy</i>	1	EX
<i>sm all day allergy relief</i>	1	EX
<i>sm all day allergy-d</i>	1	EX
<i>sm allergy childrens</i>	1	EX
<i>sm fexofenadine hcl 180 mg tab</i>	1	EX
<i>sm lorata-dine d</i>	1	EX
<i>sm loratadine (5 mg/5ml solution, 10 mg tab)</i>	1	EX
<i>sm loratadine d 12hr</i>	1	EX
<i>wal-itin d 24 hour</i>	1	EX
<i>wal-zyr 10 mg cap</i>	1	EX

ANTILEUKOTRIENES

<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 5 mg chew tab, 10 mg tab)</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>montelukast sodium 4 mg packet</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>roflumilast (250 mcg tab, 500 mcg tab)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	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		
<i>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)</i>	2	BVD
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 2 mg/5ml syrup, 4 mg tab, 8 mg/20ml syrup)</i>	2	
<i>albuterol sulfate hfa</i>	2	LC (36 cada 30 OVER TIME)
<i>arformoterol tartrate</i>	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	
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	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)
<i>epinephrine (0.15 mg/0.3ml soln, 0.3 mg/0.3ml soln)</i>	2	
<i>formoterol fumarate</i>	4	LC (120 cada 30 dia(s)), BVD
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	2	BVD
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>	2	
<i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>	2	
<i>ipratropium bromide hfa</i>	4	
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml soln, 0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/0.5ml soln, 1.25 mg/3ml soln)</i>	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
<i>terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	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

<i>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)</i>	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))
<i>ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	5	AP, AL, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>bosentan (62.5 mg tab, 125 mg tab)</i>	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>bosentan 32 mg tab sol</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>macitentan</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp</i>	3	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	3	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>tadalafil (pah)</i>	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

<i>nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>	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))
<i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i>	5	AP, LC (270 cada 30 dia(s))
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))

RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER

<i>acetylcysteine 10 % solution</i>	2	BVD
<i>acetylcysteine 20 % solution</i>	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))
<i>breyana (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</i>	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))
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</i>	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))
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)</i>	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))
<i>ipratropium-albuterol</i>	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))
<i>wixela inhub (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

<i>baclofen (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	
<i>carisoprodol 350 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	
<i>metaxalone 800 mg tab</i>	3	
<i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	2	
<i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	2	
<i>tizanidine hcl 2 mg cap</i>	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
<i>tizanidine hcl 4 mg cap</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>tizanidine hcl 6 mg cap</i>	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))
<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>ramelteon</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>temazepam (7.5 mg cap, 22.5 mg cap)</i>	2	
<i>temazepam 15 mg cap</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>temazepam 30 mg cap</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>triazolam (0.125 mg tab, 0.25 mg tab)</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>zaleplon (5 mg cap, 10 mg cap)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>zolpidem tartrate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab er, er 12.5 mg tab er)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))

WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS

<i>armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>modafinil (100 mg tab, 200 mg tab)</i>	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	
EASYPPOINT 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	
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	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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
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	154	adapalene-benzoyl peroxide	81	allergy rel child (loratadine)	155
12hr allergy & congestion	154	ADBRY	82	allergy relief	155
1ST TIER UNIFINE		adefovir dipivoxil	55	allergy relief (cetirizine)	155
PENTIPS	119	ADEMPAS	161	allergy relief (loratadine)	155
1ST TIER UNIFINE PENTIPS		ADVOCATE ALCOHOL PREP		allergy relief ceterizine	155
PLUS	119	PADS	119	allergy relief cetirizine	155
		ADVOCATE INSULIN PEN		allergy relief d	155
		NEEDLE	119	allergy relief d-12	155
		ADVOCATE INSULIN PEN		allergy relief d-24	155
		NEEDLES	119	allergy relief-d	155
		ADVOCATE INSULIN		allergy relief/indoor/outdoor	155
		SYRINGE	119	allergy relief/nasal decongest	155
		AGONEAZE	13	ALLERGY SYRINGE	120
		AJOVY	34	allergy-d 12hr	155
		ak-poly-bac	150	allergy-d 24hr	155
		AKEEGA	35	allergy/congestion relief	155
		albendazole	46	allopurinol	34
		albuterol sulfate	160	ALOGLIPTIN BENZOATE	60
		albuterol sulfate hfa	160	ALOGLIPTIN-METFORMIN	
		alclometasone dipropionate	82	HCL	60
		ALCOH-GLOVE CONTOURED		ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE	60
		WIPE	119	alosetron hcl	96
		ALCOHOL PADS	120	ALPHAGAN P	152
		ALCOHOL PREP	120	alprazolam	59
		ALCOHOL PREP PADS	120	alprazolam er	59
		ALCOHOL SWABS	120	ALPRAZOLAM INTENSOL	59
		ALCOHOL SWABSTICK	120	alprazolam xr	59
		alcohol wipes	120	ALTOPREV	76
		ALECENSA	35	ALTRENO	81
		alendronate sodium	118	ALTRIXA OB	85
		alfuzosin hcl er	99	ALUNBRIG	35
		aliskiren fumarate	110	amabelz	102
		all day allergy	154	amantadine hcl	47,48
		all day allergy d	154	ambrisentan	161
		all day allergy-d	155	amikacin sulfate	16
		allergy (cetirizine)	155	amiloride hcl	75
		allergy 24-hr	155	AMILORIDE-	
		allergy 24hour		HYDROCHLOROTHIAZIDE	73
		indoor/outdoor	155	amiodarone hcl	70
		allergy childrens	155	amitriptyline hcl	27
		allergy nasal spray (momet)	153	AMJEVITA	111

2

24hr allergy & congestion					
reli	154				
24hr allergy relief	154				

A

abacavir sulfate	54				
abacavir sulfate-lamivudine	54				
abigale	102				
abigale lo	102				
ABILIFY ASIMTUFII	49				
ABILIFY MAINTENA	49				
abiraterone acetate	35				
abirtega	35				
ABOUTTIME PEN NEEDLE	119				
ABRYSVO	115				
acamprosate calcium	14				
acarbose	60				
accutane	80				
acebutolol hcl	71				
acetaminophen-codeine	11				
acetazolamide	73				
acetazolamide er	73				
acetic acid	153				
acetylcysteine	162				
acitretin	80,81				
ACTHIB	115				
ACTIMMUNE	35				
acyclovir	54				
acyclovir sodium	55				
ADACEL	115				
adapalene	81				

amlodipine besy-benazepril hcl.....	73	arformoterol tartrate.....	160	AUM PEN NEEDLE.....	120
amlodipine besylate.....	72	ARIKAYCE.....	16	AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE.....	120
amlodipine besylate-valsartan.....	73	aripiprazole.....	49	AUM SAFETY PEN NEEDLE.....	121
amlodipine-atorvastatin.....	73	ARISTADA.....	49	AURANOFIN.....	111
amlodipine-olmesartan.....	73	ARISTADA INITIO.....	49	AURORA PEN NEEDLES.....	121
ammonium lactate.....	82	ARMLUPEG.....	67	AURORA UNIFINE PENTIPS.....	121
amnesteam.....	81	armodafinil.....	164	AUSTEDO.....	79
amoxapine.....	28	ARNUITY ELLIPTA.....	153	AUSTEDO XR.....	79
amoxicillin.....	16	ascomp-codeine.....	11	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION.....	79
amoxicillin trihydrate.....	16	ASMANEX (120 METERED DOSES).....	154	AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE.....	121
amoxicillin-pot clavulanate.....	16	ASMANEX (30 METERED DOSES).....	154	AUVELITY.....	28
amphetamine-dextroamphetamine.....	78	ASMANEX (60 METERED DOSES).....	154	AUVI-Q.....	160
amphetamine-dextroamphetamine.....	78	ASMANEX HFA.....	154	aviane.....	102
AMPHOTERICIN B.....	32	aspirin-dipyridamole er.....	68	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....	36
amphotericin b liposome.....	32	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES.....	120	AYVAKIT.....	36
ampicillin.....	16	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	120	azathioprine.....	114
ampicillin sodium.....	16	ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES.....	120	azelaic acid.....	81
ampicillin-sulbactam sodium.....	16	ATABEX EC.....	85	azelastine hcl.....	149,155
anagrelide hcl.....	66	atazanavir sulfate.....	55	azelastine-fluticasone.....	155
anastrozole.....	35	atenolol.....	71	AZELEX.....	81
ANORO ELLIPTA.....	162	atenolol-chlorthalidone.....	73	AZENTRA.....	85
antihistamine & nasal deconges.....	155	atomoxetine hcl.....	78	AZESCO.....	85
APLENZIN.....	28	atorvastatin calcium.....	76	azithromycin.....	16
apomorphine hcl.....	48	atovaquone.....	47	aztreonam.....	16
APRACLONIDINE HCL.....	152	atovaquone-proguanil hcl.....	47	azurette.....	102
aprepitant.....	31	atropine sulfate.....	149		
apri.....	102	ATTRUBY.....	98	B	
APTIVUS.....	55	AUGTYRO.....	36	bac (butalbital-acetamin-caff).....	11
AQ INSULIN SYRINGE.....	120	AUM ALCOHOL PREP PADS.....	120	BACITRA-NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	150
AQINJECT PEN NEEDLE.....	120	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE.....	120	BACITRACIN-POLYMYXIN B.....	150
AQNEURSA.....	98	AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE.....	120	baclofen.....	163
ARANELLE.....	102			balsalazide disodium.....	117
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	66,67			BALVERSA.....	36
ARCALYST.....	111			balziva.....	102
AREXVY.....	115			BAND-AID GAUZE SMALL.....	121
				BAQSIMI ONE PACK.....	63

BAQSIMI TWO PACK.....	63	BD TB SYRINGE.....	122	BISOPROLOL FUMARATE....	71
BARACLUDE.....	55	BD VEO INSULIN SYR U/F		bisoprolol-hydrochlorothiazide.	74
BAXDELA.....	16,17	1/2UNIT.....	122	BIVIGAM.....	110
BCG VACCINE.....	115	BD VEO INSULIN SYR		blisovi fe 1.5/30.....	102
BD ALLERGY SYRINGE...	121	ULTRAFINE.....	122	BOOSTRIX.....	115
BD AUTOSHIELD DUO....	121	BELSOMRA.....	164	bosentan.....	161
BD ECLIPSE SYRINGE....	164	benazepril hcl.....	69	BOSULIF.....	36
BD INSULIN SYR ULTRAFINE		benazepril-		bosutinib.....	36
II.....	121	hydrochlorothiazide.....	74	BRAFTOVI.....	36
BD INSULIN SYRINGE....	121	BENLYSTA.....	111	BREO ELLIPTA.....	162
BD INSULIN SYRINGE HALF-		benzoyl peroxide-		breyana.....	162
UNIT.....	121	erythromycin.....	81	BREZTRI AEROSPHERE....	162
BD INSULIN SYRINGE		benztropine mesylate.....	48	briellyn.....	102
MICROFINE.....	121	bepotastine besilate.....	149	brimonidine tartrate.....	152
BD INSULIN SYRINGE U-		BEQALZI.....	36	brinzolamide.....	152
500.....	121	BEQALZI STARTER PACK...	36	brivaracetam.....	22
BD INSULIN SYRINGE U/F	121	BESIVANCE.....	150	bromfenac sodium (once-	
BD INSULIN SYRINGE U/F		BESREMI.....	36	daily).....	151
1/2UNIT.....	121	betaine.....	98	bromocriptine mesylate.....	48
BD INSULIN SYRINGE		betamethasone dipropionate..	82	BRONCHITOL.....	161
ULTRAFINE.....	121	betamethasone dipropionate		BRONCHITOL TOLERANCE	
BD INTEGRA SYRINGE....	164	aug.....	82	TEST.....	161
BD LUER-LOK SYRINGE..	165	betamethasone valerate.....	82	BRUKINSA.....	36
BD PEN NEEDLE MICRO		betaxolol hcl.....	71	budesonide.....	100,154
ULTRAFINE.....	122	BETAXOLOL HCL.....	152	budesonide er.....	100
BD PEN NEEDLE MINI		bethanechol chloride.....	99	budesonide-formoterol	
ULTRAFINE.....	122	BETOPTIC-S.....	152	fumarate.....	162
BD PEN NEEDLE NANO 2ND		BEVESPI AEROSPHERE....	162	bumetanide.....	75
GEN.....	122	bexarotene.....	36	buprenorphine.....	12
BD PEN NEEDLE NANO		BEXSERO.....	115	buprenorphine hcl.....	14
ULTRAFINE.....	122	bicalutamide.....	36	buprenorphine hcl-naloxone	
BD PEN NEEDLE ORIG		BICILLIN C-R.....	17	hcl.....	14
ULTRAFINE.....	122	BICILLIN C-R 900/300.....	17	bupropion hcl.....	28
BD PEN NEEDLE SHORT		BICILLIN L-A.....	17	bupropion hcl er (smoking det).	14
ULTRAFINE.....	122	BIKTARVY.....	55	bupropion hcl er (sr).....	28
BD SAFETYGLIDE INSULIN		BILDYOS.....	118	BUPROPION HCL ER (XL)....	28
SYRINGE.....	122	BILPREVDA.....	118	bupropion hcl er (xl).....	28
BD SAFETYGLIDE		bimatoprost.....	153	buspirone hcl.....	59
SYRINGE/NEEDLE....	122,165	bis subcit-metronid-tetracycl...	96	butalbital-apap-caff-cod.....	11
BD SWAB SINGLE USE		bismuth/metronidaz/tetracyclin.	9	butalbital-apap-caffeine.....	11
REGULAR.....	122	6		butalbital-asa-caff-codeine.....	11

butalbital-aspirin-caffeine.....	11	CAREFINE PEN NEEDLES.....	122	cefuroxime axetil.....	18
BYSANTI.....	49	CAREONE INSULIN		cefuroxime sodium.....	18
BYSANTI TITRATION PACK		SYRINGE.....	122	celecoxib.....	11
A.....	50	CAREONE UNIFINE		cephalexin.....	18
BYSANTI TITRATION PACK		PENTIPS.....	123	cetirizine hcl.....	155
B.....	50	CAREONE UNIFINE PENTIPS		cetirizine-pseudoephedrine er	155
BYSANTI TITRATION PACK		PLUS.....	123	CHEMET.....	94
C.....	50	CAREPOINT SAFETY1ST		CHENODAL.....	96
C		SYR/NEEDLE.....	165	childrens loratadine.....	156
C-NATE DHA.....	85	CAREPOINT SYRINGE LUER		chlorhexidine gluconate.....	80
cabergoline.....	109	LOCK.....	165	chloroquine phosphate.....	47
CABLIVI.....	68	CARETOUCH ALCOHOL		chlorpromazine hcl.....	50
CABOMETYX.....	36	PREP.....	123	CHLORPROMAZINE HCL.....	50
calcipotriene.....	83	CARETOUCH INSULIN		chlorthalidone.....	75
CALCIPOTRIENE.....	83	SYRINGE.....	123	CHOLBAM.....	98
calcipotriene-betameth		CARETOUCH LUER LOCK		cholestyramine.....	76
diprop.....	83,84	SYR/NEEDLE.....	165	cholestyramine light.....	76
calcitonin (salmon).....	118	CARETOUCH PEN		ciclopirox.....	84
CALCITRIOL.....	84	NEEDLES.....	123	ciclopirox olamine.....	84
calcitriol.....	118	carglumic acid.....	98	cilostazol.....	68
calcium acetate.....	94	carisoprodol.....	163	CILOXAN.....	150
calcium acetate (phos		CARTEOLOL HCL.....	152	CIMDUO.....	55
binder).....	94	cartia xt.....	72	cimetidine.....	97
CALQUENCE.....	36	carvedilol.....	71	cinacalcet hcl.....	118
camila.....	107	carvedilol phosphate er.....	71	ciprofloxacin hcl.....	18,150,153
candesartan cilexetil.....	69	caspofungin acetate.....	32	ciprofloxacin in d5w.....	18
candesartan cilexetil-hctz....	74	cataflam.....	11	ciprofloxacin-dexamethasone	153
CAPLYTA.....	50	CAYSTON.....	17	ciprofloxacin-hydrocortisone..	153
CAPRELSA.....	36	CEFACLOR.....	17	CITALOPRAM	
captopril.....	69	CEFACLOR ER.....	17	HYDROBROMIDE.....	28
CARBAMAZEPINE.....	22	cefadroxil.....	17	citalopram hydrobromide.....	28
carbamazepine.....	22	cefazolin sodium.....	17	CITRANATAL 90 DHA.....	85
carbamazepine er.....	22	cefdinir.....	17	CITRANATAL ASSURE.....	85
carbidopa.....	48	cefepime hcl.....	17	CITRANATAL B-CALM.....	85
carbidopa-levodopa.....	48	cefixime.....	17	CITRANATAL DHA.....	85
carbidopa-levodopa er.....	48	cefoxitin sodium.....	17	CITRANATAL HARMONY.....	85
CARBIDOPA-LEVODOPA		cefpodoxime proxetil.....	17	claravis.....	81
ER.....	48	cefprozil.....	17	CLARITHROMYCIN.....	18
carbidopa-levodopa-		ceftaroline fosamil.....	17	clarithromycin er.....	18
entacapone.....	48	CEFTAZIDIME.....	17	CLENPIQ.....	96
		ceftriaxone sodium.....	18	CLEOCIN.....	84

CLEVER CHOICE COMFORT	clobetasol propionate.....	82	COMFORT TOUCH ALCOHOL		
EZ.....	123	clobetasol propionate e.....	82	PREP.....	124
CLICKFINE PEN NEEDLES	123	clomipramine hcl.....	28	COMFORT TOUCH INSULIN	
clindamycin hcl.....	18	clonazepam.....	22	PEN NEED.....	124
clindamycin palmitate hcl.....	18	clonidine.....	110	COMPLETE NATAL DHA.....	86
clindamycin phos (once-		clonidine hcl.....	110	COMPLETENATE.....	86
daily).....	84	clonidine hcl er.....	78	compro.....	50
clindamycin phos (twice-		clopidogrel bisulfate.....	68	constulose.....	95
daily).....	84	clorazepate dipotassium.....	59	COPIKTRA.....	37
clindamycin phos-benzoyl		clotrimazole.....	32	COSENTYX.....	111
perox.....	81	clotrimazole-betamethasone.....	32	COSENTYX (300 MG DOSE).....	111
clindamycin phosphate.....	18,84	clozapine.....	50	COSENTYX SENSOREADY (300	
clindamycin phosphate in		CO-NATAL FA.....	86	MG).....	111
d5w.....	18	COARTEM.....	47	COSENTYX SENSOREADY	
CLINIMIX E/DEXTROSE		COBENFY.....	50	PEN.....	111
(2.75/5).....	85	COBENFY STARTER PACK.....	50	COSENTYX UNOREADY.....	111
CLINIMIX E/DEXTROSE		colchicine.....	34	COTELLIC.....	37
(4.25/10).....	85	colchicine-probenecid.....	34	CREON.....	98
CLINIMIX E/DEXTROSE		colesevelam hcl.....	76	CRESEMBA.....	32
(4.25/5).....	85	colestipol hcl.....	76	CRINONE.....	107
CLINIMIX E/DEXTROSE		colistimethate sodium (cba).....	18	cromolyn sodium.....	98,160
(5/15).....	86	COMBIGAN.....	149	CROMOLYN SODIUM.....	151
CLINIMIX E/DEXTROSE		COMBIVENT RESPIMAT.....	162	cryselle.....	102
(5/20).....	86	COMETRIQ (100 MG DAILY		cryselle-28.....	103
CLINIMIX E/DEXTROSE		DOSE).....	36	CURITY ALCOHOL PREPS.....	125
(8/10).....	86	COMETRIQ (140 MG DAILY		CURITY GAUZE.....	125
CLINIMIX E/DEXTROSE		DOSE).....	37	CVS ALCOHOL PREP PADS.....	125
(8/14).....	86	COMETRIQ (60 MG DAILY		cvs allergy & hives relief.....	156
CLINIMIX/DEXTROSE		DOSE).....	37	cvs allergy childrens.....	156
(4.25/10).....	86	COMFORT ASSIST INSULIN		cvs allergy eye drops.....	149
CLINIMIX/DEXTROSE		SYRINGE.....	123	cvs allergy relief.....	156
(4.25/5).....	86	COMFORT EZ INSULIN		cvs allergy relief childrens.....	156
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	86	SYRINGE.....	124	cvs allergy relief d.....	156
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	86	COMFORT EZ MICRO PEN		cvs allergy relief d24.....	156
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5).....	86	NEEDLES.....	124	cvs allergy relief(cetirizine).....	156
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10).....	86	COMFORT EZ PEN		cvs allergy relief-d.....	156
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14).....	86	NEEDLES.....	124	cvs allergy relief-d12.....	156
clinisol sf.....	86	COMFORT EZ PRO PEN		cvs eye itch relief.....	149
clobazam.....	22	NEEDLES.....	124	CVS GAUZE.....	125
clobetasol prop emollient		COMFORT EZ SHORT PEN		cvs indoor/outdoor allergy rlf.....	156
base.....	82	NEEDLES.....	124	cvs isopropyl alcohol wipes.....	125

cvs nicotine	14	DESCOVY	55	DILANTIN	22,23
cvs nicotine polacrilex	14	desipramine hcl	28	DILANTIN INFATABS	23
cvs olopatadine hcl	149	desloratadine	156	DILANTIN-125	23
CVS PREP	125	desmopressin ace spray		dilt-xr	72
cyanocobalamin	86	refrig	101	diltiazem hcl	72
cyclobenzaprine hcl	163	desmopressin acetate	102	diltiazem hcl er	72
CYCLOPHOSPHAMIDE	37	desogestrel-ethinyl estradiol	103	diltiazem hcl er beads	72
cyclosporine	114	desonide	82	diltiazem hcl er coated beads	72
cyclosporine (pf)	149	desoximetasone	82	dimethyl fumarate	80
cyclosporine modified	114	DESVENLAFAXINE ER	28	dimethyl fumarate starter pack	80
cypheptadine hcl	156	desvenlafaxine succinate er	28	DIPENTUM	117
CYSTAGON	98	dexamethasone	100	diphenoxylate-atropine	96
D		DEXAMETHASONE	101	disulfiram	14
		DEXAMETHASONE SODIUM		divalproex sodium	23
		PHOSPHATE	151	divalproex sodium er	23
		dexmethylphenidate hcl er	78	dofetilide	70
dabigatran etexilate mesylate	65	dextroamphetamine sulfate	78	dolishale	103
dalbavancin hcl	18	dextroamphetamine sulfate er	78	donepezil hcl	27
dalfampridine er	80	dextrose	86	dorzolamide hcl	153
danazol	102	DEXTROSE-NACL	86	dorzolamide hcl-timolol mal	149
DANZITEN	37	dextrose-sodium chloride	86	dorzolamide hcl-timolol mal pf	149
dapaglifloz base-metformin		DEXTROSE-SODIUM		dotti	103
er	60	CHLORIDE	87	DOVATO	55
dapagliflozin	60	DIACOMIT	22	doxazosin mesylate	110
dapsone	35,84	DIATHRIVE PEN NEEDLE	125	doxepin hcl	28
DAPTACEL	115	diazepam	22,59	DOXEPIN HCL	28
daptomycin	18	diazepam intensol	59	DOXERCALCIFEROL	118
darifenacin hydrobromide er	99	diazoxide	63	doxy 100	19
darunavir	55	dichlorphenamide	98	doxycycline hyclate	19
dasatinib	37	diclofenac potassium	11	doxycycline monohydrate	19
DAURISMO	37	diclofenac		DRIZALMA SPRINKLE	28
deferasirox	94	potassium(migraine)	34	dronabinol	31
deferasirox granules	94	diclofenac sodium	11,151	DROPLET INSULIN	
deferiprone	94	diclofenac sodium er	11	SYRINGE	125
DELSTRIGO	55	dicloxacillin sodium	18	DROPLET MICRON	125
DEPO-ESTRADIOL	103	dicyclomine hcl	96	DROPLET PEN NEEDLES	125
DEPO-SUBQ PROVERA		DIFICID	19	DROPSAFE ALCOHOL	
104	107	diflunisal	12	PREP	125
DERMACEA TYPE VII		digoxin	70	DROPSAFE AUTOPROTECT	
GAUZE	125	DIGOXIN	70	DUO	125
DERMACINRX PNV		dihydroergotamine mesylate	34		
PRENATOL	86				
DERMACINRX PRETRATE	86				

DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES.....	126	EASY TOUCH PEN NEEDLES.....	127	EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN.....	128
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE.....	126	EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES.....	127	EMBECTA PEN NEEDLE U/F128	
drospiren-eth estrad- levomefol.....	103	EASY TOUCH SAFETY SYRINGE.....	165	EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE.....	128
drospirenone-ethinyl estradiol.....	103	EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE.....	127, 128, 165	EMBRACE PEN NEEDLES...	128
droxidopa.....	69	EASYPPOINT NEEDLE/SYRINGE.....	165	EMBRIVA.....	87
DRUG MART UNIFINE PENTIPS.....	126	econazole nitrate.....	32	EMGALITY.....	34
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS.....	126	EDARBYCLOR.....	74	EMGALITY (300 MG DOSE)...	34
DUAVEE.....	108	EDURANT PED.....	55	EMSAM.....	29
DUET DHA 400.....	87	efavirenz.....	55	emtricitab-rilpivir-tenofov df...	55
DUET DHA BALANCED.....	87	efavirenz-emtricitab-tenofo df	55	emtricitabine.....	55
duloxetine hcl.....	29	efavirenz-lamivudine-tenofovir	55	emtricitabine-tenofovir df.....	55
DUPIXENT.....	111, 112	eletriptan hydrobromide.....	34	EMTRIVA.....	55
dutasteride.....	99	ELIGARD.....	37	enalapril maleate.....	69
dutasteride-tamsulosin hcl...	99	ELIQUIS.....	65	enalapril-hydrochlorothiazide...	74
E		ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	65	ENBREL.....	112
EASY COMFORT ALCOHOL PADS.....	126	ELMIRON.....	100	ENBREL MINI.....	114
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	126	eltrombopag olamine.....	67	ENBREL SURECLICK.....	112
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	126	eluryng.....	103	ENGERIX-B.....	115
EASY GLIDE PEN NEEDLES.....	127	EMBECTA AUTOSHIELD DUO.....	128	enilloring.....	103
EASY TOUCH ALCOHOL PREP MEDIUM.....	127	EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT.....	128	enoxaparin sodium.....	66
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY.....	127	EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE.....	128	ENSACOVE.....	37
EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR.....	165	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100.....	128	ENSPRYNG.....	112
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR.....	127	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500.....	128	ENSTILAR.....	84
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE.....	127	EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F.....	128	entacapone.....	48
		EMBECTA PEN NEEDLE NANO.....	128	entecavir.....	55
				ENTRESTO.....	74
				ENTYVIO PEN.....	112
				enulose.....	95
				ENVARUSUS XR.....	114
				EPIDIOLEX.....	23
				EPINEPHRINE.....	160
				epinephrine.....	160
				eplerenone.....	77
				EPOGEN.....	67
				EPRONTIA.....	23
				eq all day allergy relief.....	156
				eq allerg relief child (lorat)...	156
				eq allergy & congestion relief.	156
				eq allergy childrens.....	156

eq allergy relief.....	156	eszopiclone.....	164	felbamate.....	23
eq allergy relief (cetirizine) ..	156	ETCAMAH.....	37	felodipine er.....	72
eq allergy relief childrens ...	156	ethacrynic acid.....	75	FEMRING.....	104
eq allergy relief d 12 hour...156		ethambutol hcl.....	35	fenofibrate.....	76
eq allergy relief nasal		ethosuximide.....	23	fenofibrate micronized.....	76
decong.....	156	ethynodiol diac-eth estradiol	103	fenofibric acid.....	76
eq cetirizine hcl.....	156	etodolac.....	12	FENOPROFEN CALCIUM.....	12
eq eye itch relief.....	149	etodolac er.....	12	fentanyl.....	12
eq loratadine childrens.....	157	etonogestrel-ethinyl estradiol	103	FERRIPROX.....	94
eq nicotine.....	14	etravirine.....	55	fesoterodine fumarate er.....	100
eq nicotine polacrilex.....	14	EUCRISA.....	82	FETZIMA.....	29
eq nicotine step 3.....	14	EULEXIN.....	37	FETZIMA TITRATION.....	29
eq olopatadine hcl.....	149	EVENITY.....	118	fexofenadine hcl.....	157
EQL ALCOHOL SWABS.....	129	everolimus.....	37,114	fexofenadine-pseudoephed er	157
eql all day allergy.....	157	EVOTAZ.....	56	FIASP.....	63
eql allergy relief.....	157	EXEL COMFORT POINT		FIASP FLEXTOUCH.....	64
EQL GAUZE.....	129	INSULIN SYR.....	129	FIASP PENFILL.....	64
EQL INSULIN SYRINGE.....	129	EXEL COMFORT POINT PEN		fidaxomicin.....	19
EQUETRO.....	50	NEEDLE.....	129	FIFTY50 ALCOHOL PREP...129	
ergocalciferol.....	87	exemestane.....	38	FIFTY50 PEN NEEDLES.....	129
ERIVEDGE.....	37	EXXUA.....	29	FIFTY50 SUPERIOR COMFORT	
ERLEADA.....	37	EXXUA TITRATION PACK...29		SYR.....	129
erlotinib hcl.....	37	eye allergy itch/redness rel..	149	FILSPARI.....	74
errin.....	107	eye itch relief.....	150	FINACEA.....	81
ertapenem sodium.....	19	ezetimibe.....	76	finasteride.....	100
ERY.....	84	ezetimibe-simvastatin.....	76	finbolimod hcl.....	80
erythrocin lactobionate.....	19			FINTEPLA.....	23
erythromycin.....	19,150	F		FIRMAGON.....	38
ERYTHROMYCIN.....	84	famciclovir.....	56	FIRMAGON (240 MG DOSE)..	38
erythromycin base.....	19	famotidine.....	97,98	FIRVANQ.....	19
erythromycin ethylsuccinate..	19	FANAPT.....	51	FLAREX.....	151
erythromycin lactobionate....	19	FANAPT TITRATION PACK A51		flavoxate hcl.....	100
ERZOFRI.....	50,51	FANAPT TITRATION PACK B51		flecainide acetate.....	70
escitalopram oxalate.....	29	FANAPT TITRATION PACK		fluconazole.....	32
eslicarbazepine acetate.....	23	C.....	51	fluconazole in sodium chloride	32
esomeprazole magnesium...98		FARXIGA.....	60	flucytosine.....	32
ESSENTRA WIPES 9X9"....129		FASENRA.....	112	fludrocortisone acetate.....	101
estarylla.....	103	FASENRA PEN.....	112	flunisolide.....	154
estradiol.....	103	febuxostat.....	34	fluocinolone acetonide....82,153	
estradiol-norethindrone acet	103	feirza 1.5/30.....	103	fluocinolone acetonide scalp...82	
estrogens conjugated.....	103	feirza 1/20.....	104	fluocinonide.....	82

fluorometholone.....	151	ft all day allergy 24 hour.....	157	gavilyte-n with flavor pack.....	96
FLUOROURACIL.....	84	ft all day allergy relief.....	157	GAVRETO.....	38
fluoxetine hcl.....	29	ft all day allergy-d.....	157	gefitinib.....	38
FLUOXETINE HCL.....	29	ft allergy & congestion-d		gemfibrozil.....	76
FLUOXETINE HCL (PMDD).....	29	12hr.....	157	generlac.....	95
fluphenazine decanoate.....	51	ft allergy childrens.....	157	gengraf.....	114
fluphenazine hcl.....	51	ft allergy d-12 hour.....	157	GENOTROPIN.....	97
FLUPHENAZINE HCL.....	51	ft allergy relief.....	157	GENOTROPIN MINIQUEL.....	97
flurbiprofen.....	12	ft allergy relief 24 hour.....	157	GENTAMICIN IN SALINE.....	19
FLURBIPROFEN SODIUM.....	151	ft allergy relief cetirizine.....	157	gentamicin sulfate.....	19,85,150
FLUTICASONE FUROATE-.....		ft allergy relief childrens.....	157	GENVOYA.....	56
VILANTEROL.....	163	ft allergy relief loratadine.....	157	GESTYRA.....	87
fluticasone propionate....	82,154	ft allergy relief-d.....	157	GILOTRIF.....	38
FLUTICASONE PROPIONATE		ft eye allergy itch & redness.....	150	glatiramer acetate.....	80
DISKUS.....	154	ft nicotine.....	14	glatopa.....	80
fluticasone propionate hfa..	154	ft nicotine mini.....	14	glimepiride.....	60
FLUTICASONE PROPIONATE		FULPHILA.....	67	GLIPIZIDE.....	60
HFA.....	154	furosemide.....	75	glipizide er.....	60
fluticasone-salmeterol.....	163	FUROSEMIDE.....	75	glipizide xl.....	60
FLUTICASONE-.....		fyavolv.....	104	glipizide-metformin hcl.....	60
SALMETEROL.....	163	FYLNETRA.....	67	GLOBAL ALCOHOL PREP	
fluvastatin sodium.....	76			EASE.....	130
fluvoxamine maleate.....	29	G		GLOBAL EASE INJECT PEN	
fluvoxamine maleate er.....	29	gabapentin.....	23	NEEDLES.....	130
FML FORTE.....	151	GALANTAMINE		GLOBAL EASY GLIDE INSULIN	
FOLATEXCEL.....	87	HYDROBROMIDE.....	27	SYR.....	130
folic acid.....	87	galantamine hydrobromide....	27	GLOBAL EASY GLIDE PEN	
fondaparinux sodium.....	66	galantamine hydrobromide er.....	27	NEEDLES.....	130
formoterol fumarate.....	160	gallifrey.....	107	GLOBAL INJECT EASE INSULIN	
fosamprenavir calcium.....	56	GAMMAGARD.....	110	SYR.....	130
fosfomycin tromethamine....	19	GAMMAGARD S/D LESS		GLOBAL INSULIN	
fosinopril sodium.....	69	IGA.....	110	SYRINGES.....	130
fosinopril sodium-hctz.....	74	GAMMAKED.....	110	glucagon emergency.....	63
FOTIVDA.....	38	GAMMAPLEX.....	110	GLUCOPRO INSULIN	
FREDS PHARMACY UNIFINE		GAMUNEX-C.....	110	SYRINGE.....	130
PENTIP+.....	129	GARDASIL 9.....	115	glyburide-metformin.....	61
FREDS PHARMACY UNIFINE		gatifloxacin.....	150	glycopyrrolate.....	96
PENTIPS.....	129	GATTEX.....	96	GLYXAMBI.....	61
frovatriptan succinate.....	34	GAUZE PADS.....	130	GNP ALCOHOL SWABS.....	130
FRUZAQLA.....	38	GAVILYTE-C.....	96	gnp all day allergy.....	157
ft all day allergy.....	157	gavilyte-g.....	96	gnp all day allergy-d.....	157

gnp allergy & congestion	157	goodsense nicotine polacrilex	15	HEALTHWISE UNIFINE	
gnp allergy relief	157	GOODSENSE PEN NEEDLE		PENTIPS	132
gnp allergy/congestion relief	157	PENFINE	131	HEALTHY ACCENTS UNIFINE	
GNP CLICKFINE PEN		granisetron hcl	31	PENTIP	132
NEEDLES	130	GRANIX	67	heather	107
gnp fexofenadine hcl	157	griseofulvin microsize	32	HEMADY	101
gnp fexofenadine/pse er	157	griseofulvin ultramicrosize	33	heparin sodium (porcine)	66
GNP INSULIN SYRINGE	131	guanfacine hcl er	78	heparin sodium (porcine) +rfid	66
GNP INSULIN SYRINGES	131	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	63	heparin sodium (porcine) pf	66
GNP INSULIN SYRINGES		GVOKE HYPOPEN 2-PACK	63	HEPLISAV-B	116
28GX1/2"	131	GVOKE KIT	63	HERNEXEOS	38
GNP INSULIN SYRINGES		GVOKE PFS	63	HIBERIX	116
29GX1/2"	131			hm all day allergy	158
GNP INSULIN SYRINGES		H		hm allergy & congestion	158
31GX5/16"	131	H-E-B INCONTROL		hm allergy complete-d	158
gnp loratadine	157	ALCOHOL	131	hm allergy relief	158
gnp loratadine childrens	158	H-E-B INCONTROL PEN		hm allergy relief (cetirizine)	158
gnp loratadine-d 12hr	158	NEEDLES	131	hm allergy relief/nasal decong	158
gnp nicotine	14	H-E-B INCONTROL UNIFINE		hm cetirizine hcl	158
gnp nicotine mini	14	PENTIP	132	hm eye allergy itch/red relief	150
gnp nicotine polacrilex	14	HADLIMA	112	hm loratadine	158
gnp olopatadine hcl	150	HADLIMA PUSHTOUCH	112	hm loratadine childrens	158
GNP PEN NEEDLES	131	HAEGARDA	110	hm nicotine	15
GNP ULTICARE PEN		hailey 24 fe	104	hm nicotine polacrilex	15
NEEDLES	131	hailey fe 1/20	104	HM STERILE ALCOHOL	
GNP ULTIGUARD SAFEPAK		halobetasol propionate	83	PREP	132
NEEDLE	131	haloperidol	51	HM ULTICARE INSULIN	
GNP ULTRA COM INSULIN		haloperidol decanoate	51	SYRINGE	132
SYRINGE	131	haloperidol lactate	51	HM ULTICARE MINI PEN	
GOMEKLI	38	HAVRIX	116	NEEDLES	132
GOODSENSE ALCOHOL		HEALTHWISE INSULIN		HM ULTICARE SHORT PEN	
SWABS	131	SYR/NEEDLE	132	NEEDLES	132
goodsense all day allergy	158	HEALTHWISE MICRON PEN		HUMALOG	64
goodsense all day allergy-d	158	NEEDLES	132	HUMALOG JUNIOR	
goodsense aller-ease	158	HEALTHWISE MINI PEN		KWIKPEN	64
goodsense allergy relief	158	NEEDLES	132	HUMALOG KWIKPEN	64
goodsense allergy relief		HEALTHWISE PEN		HUMALOG MIX 50/50	64
child	158	NEEDLES	132	HUMALOG MIX 50/50	
GOODSENSE CLICKFINE		HEALTHWISE SHORT PEN		KWIKPEN	64
PEN NEEDLE	131	NEEDLES	132	HUMALOG MIX 75/25	64
goodsense nicotine	14				

HUMALOG MIX 75/25	ILEVRO	152	INVEGA TRINZA	52	
KWIKPEN	64	imatinib mesylate	38	IOPIDINE	153
HUMULIN 70/30	64	IMBRUVICA	38	IPOL	116
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	64	imipenem-cilastatin	20	ipratropium bromide	160
HUMULIN N	64	imipramine hcl	29	ipratropium bromide hfa	160
HUMULIN N KWIKPEN	64	imipramine pamoate	30	ipratropium-albuterol	163
HUMULIN R	64	imiquimod	84	irbesartan	69
HUMULIN R U-500		IMKELDI	38	irbesartan-hydrochlorothiazide	74
(CONCENTRATED)	64	IMOVAX RABIES	116	ISENTRESS	56
HUMULIN R U-500		INATAL GT	87	ISENTRESS HD	56
KWIKPEN	64	INCONTROL ULTICARE PEN		ISOLYTE-P IN D5W	87
hydralazine hcl	77	NEEDLES	132	ISOLYTE-S PH 7.4	87
hydrochlorothiazide	75	INCRELEX	102	isoniazid	35
hydrocodone-acetaminophen	11	indapamide	75	isopropyl alcohol	133
HYDROCODONE-		indomethacin	12	isopropyl alcohol wipes	134
ACETAMINOPHEN	11	INFANRIX	116	isosorbide dinitrate	77
hydrocortisone	83,101	INLURIYO	39	isosorbide mononitrate	77
hydrocortisone (perianal)	83	INLYTA	39	isosorbide mononitrate er	77
HYDROCORTISONE ACE-		INQOVI	39	isotretinoin	81
PRAMOXINE	84	INREBIC	39	isradipine	72
hydrocortisone-acetic acid	153	INSULIN LISPRO	64	ITOVEBI	39
hydromorphone hcl	13	INSULIN LISPRO (1 UNIT		itraconazole	33
HYDROXYCHLOROQUINE		DIAL)	64	iv prep wipes	134
SULFATE	47	INSULIN LISPRO JUNIOR		ivabradine hcl	74
hydroxyurea	38	KWIKPEN	64	ivermectin	47,85
hydroxyzine hcl	31	INSULIN LISPRO PROT &		IWILFIN	39
HYDROXYZINE PAMOATE	31	LISPRO	64	IXIARO	116
HYRNUO	38	INSULIN SYRINGE	133		
		INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-			
		100	133	jaimiess	104
ibandronate sodium	118	INSULIN		JAKAFI	39
IBRANCE	38	SYRINGE/NEEDLE	133	JAKAFI XR	39
IBTROZI	38	INSUPEN PEN NEEDLES	133	jantoven	66
ibu	12	INSUPEN SENSITIVE	133	JANUMET	61
ibuprofen	12	INSUPEN ULTRAFIN	133	JANUMET XR	61
icatibant acetate	110	INSUPEN32G EXTR3ME	133	JANUVIA	61
iclevia	104	INTELENCE	56	JARDIANCE	61
ICLUSIG	38	INTRAROSA	100	jasmiel	104
icosapent ethyl	76	introvale	104	JAYPIRCA	39
IDHIFA	38	INVEGA HAFYERA	51	JENTADUETO	61
IDVYNZO	56	INVEGA SUSTENNA	51	JENTADUETO XR	61

J

jinteli.....	104	klor-con 10.....	88	LAMPIT.....	47
JUBBONTI.....	118	klor-con m10.....	88	lansoprazole.....	98
JULUCA.....	56	klor-con m15.....	88	lanthanum carbonate.....	94
junel 1.5/30.....	104	klor-con m20.....	88	LANTUS.....	64
junel 1/20.....	104	KLOXXADO.....	15	LANTUS SOLOSTAR.....	64
junel fe 1.5/30.....	104	kls aller-fex.....	158	lapatinib ditosylate.....	39
junel fe 1/20.....	104	kls allerclear.....	158	latanoprost.....	153
junel fe 24.....	104	kls quit2.....	15	LAZCLUZE.....	40
JUXTAPID.....	76	kls quit4.....	15	LEADER INSULIN SYRINGE.....	134
JYNNEOS.....	116	KMART VALU INSULIN		LEADER UNIFINE PENTIPS.....	134
		SYRINGE 29G.....	134	LEADER UNIFINE PENTIPS	
		KMART VALU INSULIN		PLUS.....	135
KALETRA.....	56	SYRINGE 30G.....	134	LEDERLE LEUCOVORIN.....	40
KALYDECO.....	161	KOMZIFTI.....	39	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR.....	56
kariva.....	104	KOSELUGO.....	39	leflunomide.....	114
kcl in dextrose-nacl.....	87	KOSHER PRENATAL PLUS		lenalidomide.....	40
KCL IN DEXTROSE-NACL.....	87	IRON.....	88	LENVIMA (10 MG DAILY	
KCL-LACTATED RINGERS-		kourzeq.....	80	DOSE).....	40
D5W.....	88	kp folic acid.....	88	LENVIMA (12 MG DAILY	
kelnor 1/35.....	104	KRAZATI.....	39	DOSE).....	40
KERENDIA.....	77	KRINTAFEL.....	47	LENVIMA (14 MG DAILY	
ketoconazole.....	33	kristalose.....	95	DOSE).....	40
KETOROLAC		KROGER INSULIN		LENVIMA (18 MG DAILY	
TROMETHAMINE.....	152	SYRINGE.....	134	DOSE).....	40
ketotifen fumarate.....	150	KROGER PEN NEEDLES.....	134	LENVIMA (20 MG DAILY	
KINERET.....	112			DOSE).....	40
KINRAY INSULIN		L		LENVIMA (24 MG DAILY	
SYRINGE.....	134	l-glutamine.....	98	DOSE).....	40
KINRIX.....	116	labetalol hcl.....	71	LENVIMA (4 MG DAILY	
kionex.....	95	lacosamide.....	23	DOSE).....	40
KISQALI (200 MG DOSE).....	39	lactulose.....	95	LENVIMA (8 MG DAILY	
KISQALI (400 MG DOSE).....	39	lactulose encephalopathy.....	95	DOSE).....	40
KISQALI (600 MG DOSE).....	39	LAMICTAL ODT.....	24	LEQEMBI IQLIK.....	27
KISQALI FEMARA (200 MG		lamivudine.....	56	lessina.....	104
DOSE).....	39	lamivudine-zidovudine.....	56	letrozole.....	40
KISQALI FEMARA (400 MG		lamotrigine.....	24	leucovorin calcium.....	40
DOSE).....	39	lamotrigine er.....	24	LEUKERAN.....	40
KISQALI FEMARA (600 MG		lamotrigine odt.....	24	LEUKINE.....	67
DOSE).....	39	lamotrigine starter kit-blue.....	24	leuprolide acetate.....	40
klayesta.....	33	lamotrigine starter kit-green.....	24	levalbuterol hcl.....	160
klor-con.....	88	lamotrigine starter kit-orange.....	24		

LEVALBUTEROL	LIVTENCITY	56	LUPRON DEPOT-PED (3-
TARTRATE	LO LOESTRIN FE	104	MONTH)
levetiracetam	loestrin 1.5/30 (21)	104	lurasidone hcl
levetiracetam er	loestrin 1/20 (21)	105	LUTRATE DEPOT
LEVOBUNOLOL HCL	loestrin fe 1.5/30	105	LYBALVI
levocetirizine	loestrin fe 1/20	105	lyleq
dihydrochloride	lofexidine hcl	15	lyllana
levofloxacin	LOKELMA	95	LYNPARZA
LEVOFLOXACIN	lomustine	40	LYSODREN
levofloxacin in d5w	LONGS INSULIN SYRINGE	135	LYTGOBI (12 MG DAILY
levonest	LONSURF	40	DOSE)
levonorg-eth estrad	loperamide hcl	96	LYTGOBI (16 MG DAILY
triphasic	lopinavir-ritonavir	56	DOSE)
levonorgest-eth estrad 91-	loratadine	158	LYTGOBI (20 MG DAILY
day	loratadine childrens	158	DOSE)
levonorgestrel-ethinyl	loratadine-d 12hr	158	M
estrad	loratadine-d 24hr	158	
levora 0.15/30 (28)	lorazepam	59	M-M-R II
levothyroxine sodium	lorazepam intensol	59	M-NATAL PLUS
levoxyl	LORBRENA	40	macitentan
lidocaine	loryna	105	MAGELLAN INSULIN SAFETY
lidocaine viscous hcl	losartan potassium	69	SYR
lidocaine-prilocaine	losartan potassium-hctz	74	magnesium sulfate
lidocan	LOTEMAX	152	MARATHON MEDICAL
LIFYORLI (125 MG DOSE)	LOTEMAX SM	152	PENTIPS
LIFYORLI (150 MG DOSE)	loteprednol etabonate	152	maraviroc
LILETTA (52 MG)	lovastatin	76	marlissa
linezolid	loxapine succinate	52	MARPLAN
LINZESS	lubiprostone	95	MATERNACEL
liothyronine sodium	LUER LOCK SAFETY		MATERVIA
lisdexamfetamine dimesylate	SYRINGES	165	MATRIAPRO
lisinopril	luizza 1.5/30	105	MATRONEX
lisinopril-hydrochlorothiazide	luizza 1/20	105	MATULANE
LITETOUCH INSULIN	LUMAKRAS	40,41	matzim la
SYRINGE	LUPKYNIS	114	MAVYRET
LITETOUCH PEN	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	41	MAXI-COMFORT INSULIN
NEEDLES	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	41	SYRINGE
lithium	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	41	MAXI-COMFORT SAFETY PEN
lithium carbonate	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	41	NEEDLE
lithium carbonate er	LUPRON DEPOT-PED (1-		MAXICOMFORT II PEN
LIVIXIL PAK	MONTH)	109	NEEDLE

MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2"	135	METHOTREXATE SODIUM	42	moexipril hcl	70
MAXIDEX	152	methotrexate sodium (pf)	42	MOLINDONE HCL	52
MECLOFENAMATE SODIUM	12	METHOXSALEN RAPID	84	mometasone furoate	83,154
MEDIC INSULIN SYRINGE	136	methscopolamine bromide	96	MONOJECT ALLERGIST TRAY	165
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES	136	methsuximide	24	MONOJECT INSULIN SYRINGE	136
medpura alcohol pads	136	methylphenidate	79	MONOJECT MAGELLAN SYRINGE	165
medroxyprogesterone acetate	107	methylphenidate hcl	79	MONOJECT SYRINGE	165
mefloquine hcl	47	methylprednisolone	101	MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE	137
megestrol acetate	41,107	metoclopramide hcl	31	montelukast sodium	159
MEGESTROL ACETATE	107	metolazone	75	morphine sulfate	13
MEIJER ALCOHOL SWABS	136	metoprolol succinate er	71	morphine sulfate er	13
meijer allergy relief-d	158	metoprolol tartrate	71	MOUNJARO	61
MEIJER PEN NEEDLES	136	metoprolol-hydrochlorothiazide	74	MOVANTIK	96
MEKINIST	41	metronidazole	20,85	moxifloxacin hcl	20,150
MEKTOVI	41	metyrosine	74	MOXIFLOXACIN HCL IN NACL	20
meleya	107	mexiletine hcl	70	MRESVIA	116
meloxicam	12	micafungin sodium	33	MS INSULIN SYRINGE	137
memantine hcl	27	MICONAZOLE 3	33	MULPLETA	67
memantine hcl er	27	MICRODOT PEN NEEDLE	136	MULTAQ	70
MENQUADFI	116	microgestin 1.5/30	105	MULTI-MAC	88
MENVEO	116	microgestin 1/20	105	MULTIPLE ELECTRO TYPE 1 PH 5.5	88
mercaptopurine	41	microgestin fe 1.5/30	105	multiple electro type 1 ph 7.4	88
meropenem	20	microgestin fe 1/20	105	mupirocin	85
merzee	105	midodrine hcl	69	mupirocin calcium	85
mesalamine	117	mifepristone	63	MYALEPT	98
mesalamine er	117	MIGLITOL	61	mycophenolate mofetil	114
mesna	41	mili	105	mycophenolate sodium	114
metaxalone	163	MIMRYLO	42	mycophenolic acid	114
metformin hcl	61	mimvey	105	MYFEMBREE	105
metformin hcl er	61	minocycline hcl	20		
methadone hcl	13	minoxidil	77		
methazolamide	153	mirabegron er	100		
methenamine hippurate	20	mirtazapine	30		
methimazole	109	misoprostol	97		
methocarbamol	163	mm allergy relief 24 hour	158		
methotrexate sodium	42	MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE	136		
		MM PEN NEEDLES	136		
		modafinil	164		
		MODEYSO	42		
				N	
				na sulfate-k sulfate-mg sulf	97
				nabumetone	12
				nadolol	71
				nafcillin sodium	20

nafrinse.....	88	NEXLIZET.....	77	norethindrone-eth estradiol... 105	
naftifine hcl.....	85	NEXPLANON.....	107	norgestim-eth estrad triphasic 105	
naloxone hcl.....	15	niacin er (antihyperlipidemic) .77		norgestimate-eth estradiol... 105	
naltrexone hcl.....	15	nicardipine hcl.....	72	NORPACE CR.....	70
naproxen.....	12	nicotine.....	15	nortrel 0.5/35 (28).....	106
naproxen sodium.....	12	nicotine mini.....	15	nortrel 1/35 (21).....	106
naratriptan hcl.....	34	nicotine polacrilex.....	15	nortrel 1/35 (28).....	106
NATACHEW.....	88	nicotine polacrilex mini.....	15	nortrel 7/7/7.....	106
NATAL PNV.....	88	nicotine step 1.....	15	nortriptyline hcl.....	30
NATALCHEW.....	88	nicotine step 2.....	15	NORVIR.....	57
NATALCORE.....	88	nicotine step 3.....	15	NOVOFINE AUTOCOVER PEN	
NATALVIT.....	88	NICOTROL NS.....	15	NEEDLE.....	137
nateglinide.....	61	nifedipine.....	72	NOVOFINE PEN NEEDLE... 137	
NAYZILAM.....	24	nifedipine er.....	72	NOVOFINE PLUS PEN	
nebivolol hcl.....	71	nifedipine er osmotic release .73		NEEDLE.....	137
necon 0.5/35 (28).....	105	nilotinib hcl.....	42	NOVOLIN 70/30.....	64
NEFAZODONE HCL.....	30	NILUTAMIDE.....	42	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN... 64	
NEO-VITAL RX.....	88	NIMODIPINE.....	73	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	
NEOMATERNA.....	88	nimodipine.....	73	RELION.....	64
neomycin sulfate.....	20	NINLARO.....	42	NOVOLIN 70/30 RELION.....	65
neomycin-bacitracin zn-		nintedanib esylate.....	162	NOVOLIN N.....	65
polymyx.....	150	nisoldipine er.....	73	NOVOLIN N FLEXPEN.....	65
neomycin-polymyxin-		nitazoxanide.....	47	NOVOLIN N FLEXPEN	
dexameth.....	151	nitisinone.....	99	RELION.....	65
NEOMYCIN-POLYMYXIN-		nitro-bid.....	78	NOVOLIN N RELION.....	65
GRAMICIDIN.....	151	nitrofurantoin.....	20	NOVOLIN R.....	65
NEOMYCIN-POLYMYXIN-		nitrofurantoin macrocrystal... 20		NOVOLIN R FLEXPEN.....	65
HC.....	151	nitrofurantoin monohyd macro 20		NOVOLIN R FLEXPEN	
neomycin-polymyxin-hc.....	153	nitroglycerin.....	78	RELION.....	65
NEONATAL + DHA.....	88	NITROLINGUAL.....	78	NOVOLIN R RELION.....	65
NEONATAL COMPLETE. 88,89		NIVA-PLUS.....	89	NOVOLOG.....	65
NEONATAL PLUS.....	89	NIVESTYM.....	67	NOVOLOG 70/30 FLEXPEN	
NERLYNX.....	42	nizatidine.....	98	RELION.....	65
NESTABS.....	89	norelgestromin-eth estradiol. 105		NOVOLOG FLEXPEN.....	65
NESTABS DHA.....	89	norethin ace-eth estrad-fe... 105		NOVOLOG FLEXPEN RELION65	
NEULASTA.....	67	norethindron-ethinyl estrad-		NOVOLOG MIX 70/30.....	65
NEUPOGEN.....	67	fe.....	105	NOVOLOG MIX 70/30	
NEVIRAPINE.....	56	norethindrone.....	107	FLEXPEN.....	65
nevirapine.....	56	norethindrone acet-ethinyl		NOVOLOG MIX 70/30 RELION65	
nevirapine er.....	56	est.....	105	NOVOLOG PENFILL.....	65
NEXLETOL.....	76	norethindrone acetate.....	108	NOVOLOG RELION.....	65

NOVYRA.....	89	OMNITROPE.....	97	PAROXETINE HCL.....	30
NOXAFIL.....	33	OMVOH.....	112	paroxetine hcl.....	30
NUBEQA.....	42	OMVOH (300 MG DOSE).....	112	paroxetine hcl er.....	30
NUPLAZID.....	52	ondansetron.....	31	PAXLOVID (150/100).....	57
NURTEC.....	34	ondansetron hcl.....	31,32	PAXLOVID (300/100 & 150/100).....	57
NUTRILIPID.....	89	ONE VITE WOMENS PLUS.....	89	PAXLOVID (300/100).....	57
nyamyc.....	33	ONENATAL RX.....	89	pazopanib hcl.....	43
nylia 1/35.....	106	ONUREG.....	42	PC UNIFINE PENTIPS.....	137
nylia 7/7/7.....	106	OPIPZA.....	52	PEDIARIX.....	116
NYMALIZE.....	73	ORFADIN.....	99	PEDVAXHIB.....	116
nystatin.....	33	ORGOVYX.....	43	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	97
nystatin-triamcinolone.....	33	ORIAHNN.....	108	peg-3350/electrolytes.....	97
nystop.....	33	ORILISSA.....	106	peg-3350/electrolytes/ascorbat.....	97
NYVEPRIA.....	68	orquidea.....	108	peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c.....	97
O		ORSERDU.....	43	PEGASYS.....	57
		oseltamivir phosphate.....	57	PEMAZYRE.....	43
		OSPHERA.....	108	PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP.....	137
OB COMPLETE ONE.....	89	OTEZLA.....	112	PEN NEEDLES.....	137
OB COMPLETE PETITE.....	89	OTEZLA XR.....	112	PEN NEEDLES 5/16".....	137
OB COMPLETE PREMIER.....	89	OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK.....	112	PENBRAYA.....	116
OB COMPLETE/DHA.....	89	oxcarbazepine.....	24	penicillamine.....	94
OBSTETRIX DHA.....	89	oxcarbazepine er.....	24	PENICILLIN G POT IN DEXTROSE.....	20
OBSTETRIX EC (WITH DOCUSATE).....	89	oxiconazole nitrate.....	33	penicillin g potassium.....	21
OCTAGAM.....	111	oxybutynin chloride.....	100	PENICILLIN G SODIUM.....	21
octreotide acetate.....	109	oxybutynin chloride er.....	100	PENICILLIN V POTASSIUM.....	21
ODEFSEY.....	57	oxycodone hcl.....	13	PENMENVY.....	116
ODOMZO.....	42	oxycodone-acetaminophen.....	11	PENTACEL.....	116
OFEV.....	162	OZEMPIC.....	62	pentamidine isethionate.....	47
OFLOXACIN.....	20	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	61	PENTIPS.....	137
ofloxacin.....	151	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	61	PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES.....	138
OGSIVEO.....	42	OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	62	pentoxifylline er.....	74
OJEMDA.....	42	P		perampanel.....	25
OJJAARA.....	42			PERINDOPRIL ERBUMINE.....	70
olanzapine.....	52			periogard.....	80
olanzapine-fluoxetine hcl.....	30	pacerone.....	70	permethrin.....	85
olmesartan medoxomil.....	69	paliperidone er.....	52	perphenazine.....	52
olmesartan medoxomil-hctz.....	74	PALYNZIQ.....	99	PERPHENAZINE- AMITRIPTYLINE.....	30
olmesartan-amlodipine-hctz.....	74	PANRETIN.....	43		
olopatadine hcl.....	150,159	pantoprazole sodium.....	98		
omega-3-acid ethyl esters.....	77	paricalcitol.....	118		
omeprazole.....	98				

PERSERIS.....	52	PNV PRENATAL PLUS	pregabalin.....	25
PHARMACIST CHOICE		MULTIVIT+DHA.....	PREGEN DHA.....	91
ALCOHOL.....	138	PNV TABS 20-1.....	PREGENNA.....	91
PHENELZINE SULFATE.....	30	PNV-DHA+DOCUSATE.....	PREMARIN.....	106
phenobarbital.....	25	PNV-SELECT.....	PREMASOL.....	91
phenoxybenzamine hcl.....	69	PODOFILOX.....	PREMPHASE.....	106
phenytek.....	25	polymyxin b-trimethoprim....	PREMPRO.....	106
phenytoin.....	25	POMALYST.....	PRENA 1 TRUE.....	91
phenytoin infatabs.....	25	portia-28.....	PRENA1.....	91
phenytoin sodium extended.....	25	posaconazole.....	PRENA1 PEARL.....	91
PHEXX.....	100	potassium chloride.....	PRENACORE.....	91
PIFELTRO.....	57	POTASSIUM CHLORIDE.....	PRENAISSANCE.....	91
pilocarpine hcl.....	80,153	potassium chloride crys er....	PRENAISSANCE PLUS.....	91
pimecrolimus.....	83	potassium chloride er.....	PRENATABS FA.....	91
pimozide.....	52	potassium chloride in	PRENATAL.....	91
pindolol.....	71	dextrose.....	PRENATAL 19.....	91
pioglitazone hcl.....	62	POTASSIUM CHLORIDE IN	PRENATAL PLUS.....	91
pioglitazone hcl-glimepiride.....	62	NACL.....	PRENATAL PLUS	
pioglitazone hcl-metformin		potassium citrate er.....	VITAMIN/MINERAL.....	91
hcl.....	62	POTASSIUM CL IN DEXTROSE	PRENATAL VITAMIN PLUS	
PIP PEN NEEDLES 31G X		5%.....	LOW IRON.....	91
5MM.....	138	pramipexole dihydrochloride..	PRENATE DHA.....	91
PIP PEN NEEDLES 32G X		pramipexole dihydrochloride	PRENATE ELITE.....	91
4MM.....	138	er.....	PRENATE ENHANCE.....	91
piperacillin sod-tazobactam		prasugrel hcl.....	PRENATE MINI.....	91
so.....	21	pravastatin sodium.....	PRENATE PIXIE.....	91
PIQRAY (200 MG DAILY		praziquantel.....	PRENATE RESTORE.....	91
DOSE).....	43	prazosin hcl.....	PRENATRIX.....	91
PIQRAY (250 MG DAILY		prednisolone.....	PRENATRYL.....	91
DOSE).....	43	prednisolone acetate.....	PRENATVITE COMPLETE.....	91
PIQRAY (300 MG DAILY		prednisolone sodium	PRENATVITE PLUS.....	91
DOSE).....	43	phosphate.....	PRENATVITE RX.....	92
PIRFENIDONE.....	162	PREDNISOLONE SODIUM	PRENOVA.....	92
pirfenidone.....	162	PHOSPHATE.....	PRENYRA.....	92
piroxicam.....	12	PREDNISONE.....	PRETOMANID.....	35
pitavastatin calcium.....	77	prednisone.....	prevalite.....	77
PLASMA-LYTE 148.....	89	PREDNISONE INTENSOL..	PREVENT DROPSAFE PEN	
PLASMA-LYTE A.....	89	PREFERRED PLUS INSULIN	NEEDLES.....	138
plenamine.....	89	SYRINGE.....	PREVENT SAFETY PEN	
PNV 27-CA/FE/FA.....	89	PREFERRED PLUS UNIFINE	NEEDLES.....	138
		PENTIPS.....	PREVYMIS.....	57

PREZCOBIX.....	57	PROVIDA OB.....	92	QUETIAPINE FUMARATE.....	53
PREZISTA.....	57	prucalopride succinate.....	96	quetiapine fumarate er.....	53
PRIFTIN.....	35	PULMOZYME.....	161	QUICK TOUCH INSULIN PEN	
PRILOVIX.....	13	PURE COMFORT ALCOHOL		NEEDLE.....	139
prilovix lite.....	13	PREP.....	139	quinapril hcl.....	70
prilovix lite plus.....	13	PURE COMFORT PEN		QUINIDINE SULFATE.....	71
PRILOVIX PLUS.....	13	NEEDLE.....	139	quinine sulfate.....	47
prilovix ultralite.....	13	PURE COMFORT SAFETY			
prilovix ultralite plus.....	13	PEN NEEDLE.....	139	R	
PRIMACARE.....	92	PX EXTRA SHORT PEN		RA ALCOHOL SWABS.....	139
primaquine phosphate.....	47	NEEDLES.....	139	ra allergy relief.....	159
PRIMIDONE.....	25	PX INSULIN SYRINGE.....	139	RA INSULIN SYRINGE..	139,140
PRIORIX.....	116	PX MINI PEN NEEDLES.....	139	ra isopropyl alcohol wipes....	140
PRIVIGEN.....	111	PX PEN NEEDLE.....	139	ra nicotine.....	15
PRO COMFORT		PX SHORTLENGTH PEN		ra nicotine gum.....	15
ALCOHOL.....	138	NEEDLES.....	139	RA PEN NEEDLES.....	140
PRO COMFORT INSULIN		pyrazinamide.....	35	RA STERILE.....	140
SYRINGE.....	138	PYRIDOSTIGMINE		RABAVERT.....	116
PRO COMFORT PEN		BROMIDE.....	79	rabeprazole sodium.....	98
NEEDLES.....	138	pyridostigmine bromide.....	79	RALDESY.....	30
probenecid.....	34	pyridostigmine bromide er....	80	raloxifene hcl.....	108
prochlorperazine.....	53	pyrimethamine.....	47	ramelteon.....	164
prochlorperazine maleate....	53	PYRUKYND.....	99	ramipril.....	70
procto-med hc.....	83	PYRUKYND TAPER PACK.....	99	ranolazine er.....	74
proctosol hc.....	83	PYZCHIVA.....	112,113	rasagiline mesylate.....	48
proctozone-hc.....	83			RASONQUE.....	43
PRODIGY INSULIN		Q		RASUVO.....	114,115
SYRINGE.....	138	qc alcohol.....	139	RAYA SURE PEN NEEDLE..	140
progesterone.....	108	QC ALCOHOL SWABS.....	139	REALITY INSULIN SYRINGE	140
PROGRAF.....	114	qc all day allergy.....	159	REALITY SWABS.....	140
PROLASTIN-C.....	99	qc all day allergy relief.....	159	reclipsen.....	106
promethazine hcl.....	32	qc allergy relief.....	159	RECOMBIVAX HB.....	116
promethegan.....	32	qc allergy relief (cetirizine)...	159	RELENZA DISKHALER.....	57
propafenone hcl.....	70	qc cetirizine allergy relief....	159	RELEUKO.....	68
propafenone hcl er.....	70	qc loratadine allergy relief....	159	RELEVIA.....	92
propranolol hcl.....	71	qc loratadine-d.....	159	RELION ALCOHOL SWABS..	140
propranolol hcl er.....	72	QC PEN NEEDLES.....	139	RELION INSULIN SYRINGE..	140
propylthiouracil.....	110	QC STERILE PADS.....	139	RELION MINI PEN	
PROQUAD.....	116	QC UNIFINE PENTIPS.....	139	NEEDLES.....	140
PROSOL.....	92	QINLOCK.....	43	RELION PEN NEEDLES.....	140
protriptyline hcl.....	30	QUADRACEL.....	116		

RELION SHORT PEN		RUKOBIA.....	58	SHOPKO UNIFINE PENTIPS	
NEEDLES.....	140	RYDAPT.....	44	PLUS.....	141
repaglinide.....	62	S		SIGNIFOR.....	109
REPATHA.....	77			sildenafil citrate.....	78,161
REPATHA SURECLICK.....	77	sacubitril-valsartan.....	75	silodosin.....	100
RETACRIT.....	68	SAFETY PEN NEEDLES.....	140	silver sulfadiazine.....	84
RETEVMO.....	43	SAFYRAL.....	106	SIMBRINZA.....	153
REVCovi.....	99	SANTYL.....	84	simvastatin.....	77
REVUFORJ.....	43	sapropterin dihydrochloride.....	99	sirolimus.....	115
REXULTI.....	53	SAPS CARE ALCOHOL		SIRTURO.....	35
REYATAZ.....	57	PREP.....	140	SITAGLIPT BASE-METFORM	
REZDIFFRA.....	97	SAPS HEALTH ALCOHOL		HCL ER.....	62
REZLIDHIA.....	43	PREP.....	141	SITAGLIPTIN.....	62
RHOPRESSA.....	153	SAPS HEALTH CARE		SITAGLIPTIN BASE-	
RIBAVIRIN.....	57	ALCOHOL PREP.....	141	METFORMIN HCL.....	62
rifabutin.....	35	saxagliptin hcl.....	62	SIVEXTRO.....	21
rifampin.....	35	saxagliptin-metformin er.....	62	SM ALCOHOL PREP.....	141
rilpivirine hcl.....	57	SB ALCOHOL PREP.....	141	sm all day allergy.....	159
riluzole.....	80	SB INSULIN SYRINGE.....	141	sm all day allergy relief.....	159
RINVOQ.....	113	sb loratadine.....	159	sm all day allergy-d.....	159
RINVOQ LQ.....	113	SCEMBLIX.....	44	sm allergy childrens.....	159
risedronate sodium.....	118	scopolamine.....	32	sm eye itch relief.....	150
RISPERIDONE.....	53	SE-NATAL 19.....	92	sm fexofenadine hcl.....	159
risperidone.....	53	SECUADO.....	53	SM GAUZE.....	141
risperidone microspheres er.....	53	SECURESAFE INSULIN		sm lorata-dine d.....	159
ritonavir.....	58	SYRINGE.....	141	sm loratadine.....	159
rivastigmine.....	27	SECURESAFE SAFETY PEN		sm loratadine d 12hr.....	159
rivastigmine tartrate.....	27	NEEDLES.....	141	sm nicotine.....	15
rizatriptan benzoate.....	34	SEGLUROMET.....	62	sm nicotine polacrilex.....	15
ROCKLATAN.....	150	SELARSDI.....	113	SM STERILE.....	141
roflumilast.....	159	SELECT-OB.....	92	sodium chloride.....	92
ROMVIMZA.....	43	SELECT-OB+DHA.....	92	SODIUM CHLORIDE.....	92
ropinirole hcl.....	49	selegiline hcl.....	49	sodium chloride (pf).....	92
ropinirole hcl er.....	49	SELZENTRY.....	58	SODIUM FLUORIDE.....	92
rosuvastatin calcium.....	77	SEREVENT DISKUS.....	160	sodium phenylbutyrate.....	99
ROTARIX.....	117	sertraline hcl.....	30	sodium polystyrene sulfonate.....	95
ROTATEQ.....	117	sevelamer carbonate.....	95	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 58	
ROWASA.....	117	sevelamer hcl.....	95	SOL-CARE SAFETY SYRINGE	
ROZLYTREK.....	43,44	SHINGRIX.....	117	ALLERG.....	165
RUBRACA.....	44	SHOPKO UNIFINE		solifenacin succinate.....	100
rufinamide.....	25	PENTIPS.....	141	SOLQUA.....	62

SOLTAMOX.....	44	SUNLENCA.....	58	TECHLITE PLUS PEN	
SOMAVERT.....	109	SUNOSI.....	164	NEEDLES.....	142
sorafenib tosylate.....	44	SUPREP BOWEL PREP KIT.....	97	telmisartan.....	69
sotalol hcl.....	71	SURE COMFORT ALCOHOL		TELMISARTAN-AMLODIPINE.....	75
sotalol hcl (af).....	71	PREP.....	141	telmisartan-hctz.....	75
SPINOSAD.....	85	SURE COMFORT INSULIN		temazepam.....	164
SPIRIVA HANDIHALER.....	160	SYRINGE.....	141,142	TENIVAC.....	117
SPIRIVA RESPIMAT.....	160	SURE COMFORT PEN		tenofovir disoproxil fumarate.....	58
spironolactone.....	77	NEEDLES.....	142	TEPMETKO.....	44
spironolactone-hctz.....	75	SUTAB.....	97	terazosin hcl.....	69,111
sprintec 28.....	106	SYMPAZAN.....	26	terbinafine hcl.....	33
SPRITAM.....	25	SYMPROIC.....	96	terbutaline sulfate.....	161
SPS (SODIUM		SYMTUZA.....	58	terconazole.....	33
POLYSTYRENE SULF).....	95	SYNAREL.....	109	teriflunomide.....	80
sps (sodium polystyrene sulf).....	95	SYNJARDY.....	62	TERIPARATIDE.....	118
sronyx.....	106	SYNJARDY XR.....	62,63	teriparatide.....	118
ssd.....	84	SYNTHROID.....	108	testosterone.....	102
STEGLATRO.....	62	SYRINGE.....	165	testosterone cypionate.....	102
STERILE.....	141	SYRINGE LUER LOCK.....	165	TESTOSTERONE	
STERILE GAUZE.....	141			ENANTHATE.....	102
STIMUFEND.....	68	T		tetrabenazine.....	80
STIOLTO RESPIMAT.....	163	TABLOID.....	44	tetracycline hcl.....	21
STIVARGA.....	44	TABRECTA.....	44	THALOMID.....	44
STREPTOMYCIN SULFATE.....	21	tacrolimus.....	83,115	theophylline er.....	161
STRIBILD.....	58	tacrolimus er.....	115	thioridazine hcl.....	53
STRIVERDI RESPIMAT.....	160	tadalafil.....	100	thiothixene.....	53
SUBVENITE.....	25	tadalafil (pah).....	161	THRIVITE RX.....	92
sucrafate.....	97	TADLIQ.....	162	tiadylt er.....	73
SUFLAVE.....	97	TAFINLAR.....	44	TIAGABINE HCL.....	26
sulfacetamide sodium.....	151	TAGRISSO.....	44	tiagabine hcl.....	26
sulfacetamide sodium (acne).....	85	TALZENNA.....	44	TIBSOVO.....	44
SULFACETAMIDE-		tamoxifen citrate.....	44	ticagrelor.....	68
PREDNISOLONE.....	151	tamsulosin hcl.....	100	TICOVAC.....	117
sulfadiazine.....	21	tarina 24 fe.....	106	tigecycline.....	21
sulfamethoxazole-		TARPEYO.....	101	tilia fe.....	106
trimethoprim.....	21	TAVALISSE.....	68	timolol maleate.....	72,152
sulfasalazine.....	118	TAVNEOS.....	113	timolol maleate ocudose.....	152
sulindac.....	12	tazarotene.....	81	timolol maleate pf.....	152
sumatriptan.....	34	TECHLITE INSULIN		tinidazole.....	21
sumatriptan succinate.....	34	SYRINGE.....	142	TIROSINT-SOL.....	109
sunitinib malate.....	44	TECHLITE PEN NEEDLES.....	142	TIVICAY.....	58

TIVICAY PD.....	58	TRAVASOL.....	92	TRUE COMFORT INSULIN	
tizanidine hcl.....	163,164	TRAZODONE HCL.....	30	SYRINGE.....	143
TOBRADEX.....	151	trazodone hcl.....	30	TRUE COMFORT PEN	
tobramycin.....	21,151	TRELEGY ELLIPTA.....	163	NEEDLES.....	143
tobramycin sulfate.....	21	TRELSTAR MIXJECT.....	45	TRUE COMFORT PRO	
TOBRAMYCIN SULFATE.....	21	tretinoin.....	45,81	ALCOHOL PREP.....	143
tobramycin-dexamethasone	151	TRETINOIN MICROSPHERE	81	TRUE COMFORT PRO INSULIN	
TOBREX.....	151	TRETINOIN MICROSPHERE		SYR.....	143,144
TODAYS HEALTH MINI PEN		PUMP.....	81	TRUE COMFORT PRO PEN	
NEEDLES.....	142	TREXALL.....	45	NEEDLES.....	144
TODAYS HEALTH PEN		tri-estarylla.....	106	TRUE COMFORT SAFETY PEN	
NEEDLES.....	142	tri-legest fe.....	106	NEEDLE.....	144
TODAYS HEALTH SHORT		tri-lo-estarylla.....	106	true folic acid.....	93
PEN NEEDLE.....	142	tri-lo-sprintec.....	106	TRUEPLUS 5-BEVEL PEN	
tofacitinib citrate.....	113	tri-sprintec.....	106	NEEDLES.....	144
tofacitinib citrate er.....	113	tri-vylibra lo.....	106	TRUEPLUS INSULIN	
tolterodine tartrate.....	100	triamcinolone acetonide....	80,83	SYRINGE.....	144
tolterodine tartrate er.....	100	triamterene.....	76	TRUEPLUS PEN NEEDLES	144
tolvaptan.....	94	triamterene-hctz.....	75	TRULICITY.....	63
tolvaptan (hyponatremia)....	94	triazolam.....	164	TRUMENBA.....	117
TOPCARE CLICKFINE PEN		TRICARE.....	92	TRUQAP.....	45
NEEDLES.....	142	triderm.....	83	TRYNGOLZA.....	77
TOPCARE ULTRA COMFORT		trientine hcl.....	94	TUKYSA.....	45
INS SYR.....	143	trifluoperazine hcl.....	54	TURALIO.....	45
TOPFINE INSULIN PEN		TRIFLURIDINE.....	151	turqoz.....	106
NEEDLE.....	143	trihexyphenidyl hcl.....	49	TWINRIX.....	117
topiramate.....	26	TRIJARDY XR.....	63	tydemy.....	106
toremifene citrate.....	44	TRIKAFTA.....	161	TYENNE.....	113
torpenz.....	45	trimethoprim.....	21	TYMLOS.....	119
torsemide.....	76	trimipramine maleate.....	31	TYPHIM VI.....	117
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	65	TRINATAL RX 1.....	93	TYRVAYA.....	150
TOUJEO SOLOSTAR.....	65	TRINATE.....	93		
TPN ELECTROLYTES.....	92	TRINTELLIX.....	31	U	
TRADJENTA.....	63	TRISTART DHA.....	93	UDENYCA.....	68
tramadol hcl.....	13	TRIUMEQ.....	58	ULTICARE ALCOHOL	
tramadol-acetaminophen.....	11	TRIUMEQ PD.....	58	SWABS.....	144
trandolapril.....	70	TROPHAMINE.....	93	ULTICARE INSULIN SAFETY	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL		tropium chloride.....	100	SYR.....	144
HCL ER.....	75	tropium chloride er.....	100	ULTICARE INSULIN	
tranexamic acid.....	68	TRUE COMFORT ALCOHOL		SYRINGE.....	144,145
tranylcypromine sulfate.....	30	PREP PADS.....	143		

ULTICARE MICRO PEN	UNIFINE PEN NEEDLES.....147	varenicline tartrate (starter).... 16
NEEDLES..... 145	UNIFINE PENTIPS..... 147	varenicline tartrate(continue)...16
ULTICARE MINI PEN	UNIFINE PENTIPS PLUS... 147	VARIVAX..... 117
NEEDLES..... 145	UNIFINE PROTECT PEN	VARUBI (180 MG DOSE).....32
ULTICARE PEN NEEDLES.145	NEEDLE.....147	VAXCHORA..... 117
ULTICARE SHORT PEN	UNIFINE SAFECONTROL PEN	VELIVET.....107
NEEDLES..... 145	NEEDLE..... 147,148	VELPHORO..... 95
ULTIGUARD SAFEPAK PEN	UNIFINE ULTRA PEN	VELSIPITY..... 113
NEEDLE..... 145	NEEDLE..... 148	VELTASSA..... 95
ULTIGUARD SAFEPAK	UPTRAVI..... 162	VEMLIDY..... 58
SYR/NEEDLE.....145	ursodiol..... 97	VENCLEXTA..... 45
ULTILET ALCOHOL	USTEKINUMAB..... 113	VENCLEXTA STARTING
SWABS.....145	UZEDY..... 54	PACK..... 45
ULTILET PEN NEEDLE.... 146		VENLAFAXINE BESYLATE
ULTRA FLO INSULIN PEN	V	ER..... 31
NEEDLES..... 146	valacyclovir hcl..... 58	venlafaxine hcl..... 31
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2	VALCHLOR..... 84	venlafaxine hcl er..... 31
UNIT.....146	valganciclovir hcl..... 58	VENTOLIN HFA..... 161
ULTRA FLO INSULIN	valproic acid..... 26	VEPPANU..... 45
SYRINGE.....146	valsartan..... 69	verapamil hcl..... 73
ULTRA THIN PEN	valsartan-hydrochlorothiazide.75	verapamil hcl er..... 73
NEEDLES..... 146	VALTOCO 10 MG DOSE..... 26	VERIFINE INSULIN PEN
ULTRA-CARE ALCOHOL	VALTOCO 15 MG DOSE..... 26	NEEDLE.....148
PREP PADS.....146	VALTOCO 20 MG DOSE..... 26	VERIFINE INSULIN
ULTRA-THIN II INS SYR	VALTOCO 5 MG DOSE..... 26	SYRINGE.....148
SHORT..... 146	valtya 1/35..... 106	VERIFINE PLUS PEN
ULTRA-THIN II INSULIN	VALTYA 1/50..... 107	NEEDLE..... 148
SYRINGE.....146	VALUE HEALTH INSULIN	VERISAFE SAFE STERILE
ULTRA-THIN II MINI PEN	SYRINGE.....148	SYRINGE.....166
NEEDLE..... 146	VALUMARK PEN NEEDLES 148	VERISAFE SAFETY INSULIN
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE	vancomycin hcl..... 22	SYR.....148
SHORT..... 146	VANCOMYCIN HCL..... 22	VERQUVO..... 75
ULTRA-THIN II PEN	VANDAZOLE..... 85	VERSACLOZ..... 54
NEEDLES..... 146	VANFLYTA..... 45	VERZENIO..... 45
ULTRACARE INSULIN	VANISHPOINT INSULIN	vestura.....107
SYRINGE.....147	SYRINGE.....148	VIDA MIA UNIFINE PENTIPS 148
ULTRACARE PEN	VANISHPOINT SAFETY	vienva.....107
NEEDLES..... 147	SYRINGE.....165	vigabatrin..... 26
UMECLIDINIUM ELLIPTA.. 161	VANISHPOINT SYRINGE... 165	vigadrone..... 26
UNIFINE OTC PEN	VAQTA..... 117	VIGAFYDE.....26
NEEDLES..... 147	varenicline tartrate..... 16	vilazodone hcl.....31

VIMKUNYA.....	117	warfarin sodium.....	66	XPOVIO (40 MG TWICE	
VINATE II.....	93	WEBCOL ALCOHOL PREP		WEEKLY).....	46
VINATE ONE.....	93	LARGE.....	149	XPOVIO (60 MG ONCE	
vioarele.....	107	WEBCOL ALCOHOL PREP		WEEKLY).....	46
VIRACEPT.....	58	MEDIUM.....	149	XPOVIO (60 MG TWICE	
VIREAD.....	58	WEGMANS UNIFINE PENTIPS		WEEKLY).....	46
VIRT-NATE DHA.....	93	PLUS.....	149	XPOVIO (80 MG ONCE	
VITAFOL FE+.....	93	WEGOVY.....	79	WEEKLY).....	46
VITAFOL GUMMIES.....	93	WELIREG.....	45	XPOVIO (80 MG TWICE	
VITAFOL ULTRA.....	93	WESNATAL DHA		WEEKLY).....	46
VITAFOL-NANO.....	93	COMPLETE.....	93	XTANDI.....	46
VITAFOL-OB.....	93	WESNATE DHA.....	93	xulane.....	107
VITAFOL-OB+DHA.....	93	WESTAB PLUS.....	93	Y	
VITAFOL-ONE.....	93	WESTGEL DHA.....	93		
VITALARA.....	93	WINREVAIR.....	162	YF-VAX.....	117
VITAMEDMD ONE		wixela inhub.....	163	YONSA.....	46
RX/QUATREFOLIC.....	93	WYOST.....	119	yuvaferm.....	107
VITAMEDMD REDICHEW		Z			
RX.....	93				
vitamin d (ergocalciferol).....	93	XALKORI.....	46	zafirlukast.....	159
VITAPEARL.....	93	xarah fe.....	107	zaleplon.....	164
VITATHELY WITH GINGER.....	93	XARELTO.....	66	ZALVIT.....	94
VITATRUE.....	93	XARELTO STARTER PACK.....	66	ZARXIO.....	68
VITRAKVI.....	45	XCOPRI.....	26,27	ZEJULA.....	46
VIVA DHA.....	93	XCOPRI (250 MG DAILY		ZELBORAF.....	46
VIVOTIF.....	117	DOSE).....	27	zenatane.....	81
VONJO.....	45	XCOPRI (350 MG DAILY		ZENPEP.....	99
VORANIGO.....	45	DOSE).....	27	ZEVRX INSULIN SYRINGE.....	149
VORICONAZOLE.....	33	XDEMY.....	151	ZEVRX PEN NEEDLES.....	149
voriconazole.....	33,34	XERMELO.....	96	ZEVRX STERILE ALCOHOL	
VOSEVI.....	58	XIFAXAN.....	22	PREP PAD.....	149
VOWST.....	97	XIGDUO XR.....	63	zidovudine.....	59
VRAYLAR.....	54	XIIDRA.....	150	ZIEXTENZO.....	68
VTAMA.....	84	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	58	ZIPHEX.....	94
vylibra.....	107	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	58	ziprasidone hcl.....	54
VYZULTA.....	153	XOLAIR.....	113	ziprasidone mesylate.....	54
W		XOSPATA.....	46	ZIRGAN.....	151
		XPOVIO (100 MG ONCE		ZOLINZA.....	46
WAKIX.....	164	WEEKLY).....	46	zolmitriptan.....	35
wal-itin d 24 hour.....	159	XPOVIO (40 MG ONCE		ZOLMITRIPTAN.....	35
wal-zyr.....	159	WEEKLY).....	46	zolpidem tartrate.....	164

zolpidem tartrate er.....	164
ZONISADE.....	27
zonisamide.....	27
zovia 1/35 (28).....	107
ZTALMY.....	27
ZURZUVAE.....	31
ZYKADIA.....	46
ZYLET.....	151
ZYMFENTRA (1 PEN).....	113
ZYMFENTRA (2 PEN).....	113
ZYMFENTRA (2 SYRINGE)	113

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

BayCarePlus 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.