

2021

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) **Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)**

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN.**

Este formulario se actualizó el 10/1/2020. Para obtener información más reciente o si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934**, los **usuarios de TTY deben llamar al: 711**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, o visite **[AetnaBetterHealth.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)**

N.º de identificación del Formulario: 21111, Versión 8



2021 Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) **Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)**

Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos* (también se conoce como Lista de medicamentos). Le indica qué medicamentos con receta y productos y medicamentos de venta libre (OTC) están cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). La Lista de medicamentos también le indica si hay alguna norma o restricción especial respecto de los medicamentos cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

Índice

A. Descargos de responsabilidad	3
B. Preguntas frecuentes.....	4
B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviarla, denominamos a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> “Lista de medicamentos”).	4
B2. ¿Se modifica la Lista de medicamentos en algún momento?	4
B3. ¿Qué sucede cuando la Lista de medicamentos cambia?.....	5
B4. ¿Hay alguna restricción o limitación en la cobertura de medicamentos o se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?.....	6
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?.....	7
B6. ¿Qué sucede si Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) modifica sus normas sobre cómo cubre algunos medicamentos? (Por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado).....	7
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?.....	7
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no figura en la Lista de medicamentos?	8
B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos, o si tengo algún problema para obtener mi medicamento?	8
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?	9

Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY:711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary**



B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?.....	9
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	9
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	9
B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	10
B15. ¿Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre productos de venta libre que no sean medicamentos?	10
B16. ¿Puedo obtener mis medicamentos a través de pedidos por correo/suministro a largo plazo?.....	10
B17. ¿Cuál es mi copago?.....	11
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	12
C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento.....	13
D. Índice de medicamentos cubiertos.....	102



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY:711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary**

A. Descargos de responsabilidad

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

- ❖ Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) is a Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plan with a Medicare contract and a contract with the New Jersey Medicaid program. Enrollment in Aetna Assure Premier Plus depends on contract renewal.
- ❖ Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es un plan totalmente integrado de necesidades especiales de doble elegibilidad con un contrato de Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de Nueva Jersey. La inscripción en Aetna Assure Premier Plus depende de la renovación del contrato.
- ❖ Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) en línea en **AetnaBetterHealth.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary** o llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página.
- ❖ ATENCIÓN: Si habla español o somalí, tiene a su disposición servicios de idiomas gratuitos. Llame al **1-844-362-0934 (TTY: 711)** de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Member Services at the number listed at the bottom of this page. The call is free.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ Si desea realizar o cambiar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en otro formato alternativo, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana.



B. Preguntas frecuentes

Aquí encontrará las respuestas a las preguntas que tenga sobre esta Lista de medicamentos cubiertos. Para obtener más información o para buscar una pregunta y su respuesta, puede leer todas las preguntas frecuentes.

B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviarla, denominamos a la *Lista de medicamentos cubiertos* “Lista de medicamentos”).

Los medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos* que comienza en la página 13 son los medicamentos cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Estos medicamentos están disponibles en las farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia se encuentra dentro de nuestra red si tenemos un contrato para que trabaje con nosotros y le proporcione servicios. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

- Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubrirá todos los medicamentos que sean médicamente necesarios de la Lista de medicamentos en los siguientes casos:
 - Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas le indica que los necesita para sentirse mejor o mantenerse saludable. **Y**
 - Si usted obtiene el medicamento con receta en una farmacia de la red de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).
- Aetna Better Health Premier Plan puede tener pasos adicionales para acceder a ciertos medicamentos (consulte la pregunta B4 a continuación).

También puede consultar la lista actualizada de medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en **[AetnaBetterHealth.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)** o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**.

B2. ¿Se modifica la Lista de medicamentos en algún momento?

Sí, y Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) debe seguir las normas de Medicare y Medicaid al hacer cambios. Es posible que incorporemos o eliminemos medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año.

También podemos modificar nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos realizar lo siguiente:

- Decidir solicitar o no solicitar la autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es una autorización de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) antes de que pueda obtener un medicamento).
- Incorporar o modificar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se denomina “límites de cantidad”).
- Incorporar o modificar restricciones de tratamiento escalonado respecto de un medicamento. (El tratamiento escalonado significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas normas de medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, por lo general, no eliminaremos ni modificaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que suceda lo siguiente:

- Aparezca en el mercado un medicamento nuevo y más económico que es igual de eficaz que el medicamento que actualmente figura en la Lista de medicamentos. **O**
- Nos enteramos de que el medicamento no es seguro. **O**
- Se retira un medicamento del mercado.

En las preguntas B3 y B6 encontrará más información sobre lo que sucede cuando se modifica la Lista de medicamentos.

- Siempre puede verificar la Lista de medicamentos de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) en línea en **[AetnaBetterHealth.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)**.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY: 711)** para consultar la Lista de medicamentos actual.

B3. ¿Qué sucede cuando la Lista de medicamentos cambia?

Algunos cambios en la Lista de medicamentos se aplicarán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico se encuentra disponible.** A veces, se desarrolla un medicamento genérico nuevo que funciona tan bien como el medicamento de marca que actualmente figura en la Lista de medicamentos. Cuando eso ocurre, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el medicamento genérico nuevo. Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista pero cambiar sus normas o límites de cobertura.
 - Es probable que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que entre en efecto.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte la pregunta B10-B12.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) indica que el medicamento que usted está tomando no es seguro o si el fabricante retira el medicamento del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, se lo informaremos.
- Comuníquese con su médico si un medicamento que toma se elimina de la Lista de medicamentos.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos con antelación sobre estos otros cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden suceder si ocurre lo siguiente:

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre el medicamento.
- Incorporamos un medicamento genérico que es nuevo en el mercado. **Y**
 - Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente se encuentra en la Lista de medicamentos. **O**
 - Cambiamos las normas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:

- Se lo notificaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en la Lista de medicamentos. **O**
- Se lo informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite un resurtido.

Esto le dará tiempo para consultar con su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir lo siguiente:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar. **O**
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

B4. ¿Hay alguna restricción o limitación en la cobertura de medicamentos o se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?

Sí. Algunos medicamentos tienen normas de cobertura o limitaciones en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben hacer algo antes para poder obtener un medicamento. Por ejemplo:

- **Aprobación previa (o autorización previa):** Para algunos medicamentos, usted, su médico, u otra persona autorizada a dar recetas deben conseguir la aprobación de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) antes de obtener su medicamento con receta. Una autorización previa es diferente a un remisión. Es posible que Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no cubra el medicamento si no obtiene la aprobación.
- **Límites de cantidad:** En ocasiones, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) limita la cantidad que puede obtener de un medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** A veces, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) solicita que haga un tratamiento escalonado. Esto significa que usted deberá probar medicamentos en un determinado orden para su afección médica. Es posible que deba probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas considera que el primer medicamento no es adecuado para usted, entonces, cubriremos el segundo.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o limitaciones consultando los gráficos en la página 13 - 90. También puede obtener más información en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary). Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de tratamiento escalonado y autorización previa. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción para estas limitaciones. Esto le dará tiempo para consultar con su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?

La *Lista de medicamentos cubiertos* de la página 91 tiene una columna titulada "Acciones necesarias, restricciones o límites de uso".

B6. ¿Qué sucede si Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) modifica sus normas sobre cómo cubre algunos medicamentos? (Por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado)

En algunos casos, le informaremos con antelación si incorporamos o modificamos autorizaciones previas, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado respecto de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso anticipado y cuáles son las situaciones en las que es posible que no le podamos avisar con antelación cuando cambien nuestras normas respecto de los medicamentos de la Lista de medicamentos.

B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?

Hay dos formas para encontrar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético (si sabe cómo se escribe el medicamento). **O**
- Puede buscar por tipo de medicamento.

Para buscar por **orden alfabético**, vaya a la sección del Índice de medicamentos cubiertos. Podrá encontrarlo en la página 91. El Índice de medicamentos cubiertos es un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se encuentran en el Índice. Consulte el Índice y busque su medicamento. Junto al medicamento, verá el número de página en el que puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

Para buscar **por tipo de medicamento**, busque la sección titulada "Lista de medicamentos por tipo de medicamento" en la página 13. Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para una infección, debe buscar en la categoría "Antiinfecciosos". Allí encontrará los medicamentos que tratan las infecciones.

B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no figura en la Lista de medicamentos?

Si no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY: 711)** y pregunte por él. Si le informan que Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no cubrirá el medicamento, usted puede hacer lo siguiente:

- Pedirle al Departamento de Servicios para Miembros una lista de los medicamentos que sean similares al que desea tomar. Luego, muéstrele la lista a su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Pueden recetarle un medicamento de la Lista de medicamentos que sea similar al que desea tomar. **O**
- Puede solicitarle al plan de salud hacer una excepción y cubrir el medicamento. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos, o si tengo algún problema para obtener mi medicamento?

Podemos ayudarlo. Podemos cubrir un suministro temporal de su medicamento para 30 días durante los primeros 90 días de su membresía en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Esto le dará tiempo para consultar con su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción.

Si su medicamento con receta está indicado para menos días, permitiremos obtener varios resurtidos hasta llegar a un suministro máximo de 30 días de medicamento.

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento para 30 días en los siguientes casos:

- Si toma un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos. **O**
- Si las normas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad solicitada por la persona autorizada a dar recetas. **O**
- Si el medicamento requiere autorización previa de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). **O**
- Si está tomando un medicamento que forma parte de una restricción de tratamiento escalonado.

Si se encuentra en un hogar de convalecencia u otro centro de atención a largo plazo, y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, o si no puede obtener con facilidad el medicamento que necesita, nosotros podemos ayudar. Si usted ha sido miembro del plan por más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato, haremos lo siguiente:

- Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesite (a menos que tenga una receta por menos días), independientemente de que sea o no un miembro nuevo de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días como miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

Miembros actuales con un cambio en el nivel de atención

Si experimenta un cambio en su entorno de atención (por ejemplo, recibe el alta o ingresa en un hogar de convalecencia u otro centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar una anulación de la receta por única vez. Esta anulación por única vez le brindará una cobertura temporal (un suministro de hasta 30 días) de los medicamentos correspondientes.

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?

Sí. Puede solicitar una excepción de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) para cubrir un medicamento que no figure en la Lista de medicamentos.

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

- Por ejemplo, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede solicitarnos que cambiemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: Puede solicitarnos que omitamos las restricciones de tratamiento escalonado o los requisitos de autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame al Departamento de Servicios para miembros. Un representante del Departamento de Servicios para Miembros trabajará con usted y su proveedor para ayudarlo a solicitar una excepción. También puede leer el Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Primero, debemos recibir una declaración de la persona autorizada a darle recetas que respalde su solicitud de una excepción. Después de que recibamos la declaración, le informaremos nuestra decisión sobre su solicitud de excepción dentro de las 72 horas.

Si usted o la persona autorizada a dar recetas considera que su salud puede perjudicarse si debe esperar 72 horas para recibir una decisión, puede solicitar una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si la persona autorizada a dar recetas respalda su solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente, cuestan menos que los medicamentos de marca y no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA).

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre los medicamentos de marca y los genéricos.

B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?

La sigla en inglés OTC significa “de venta libre”. Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) ofrece algunos medicamentos de venta libre a través de la parte NJ FamilyCare (Medicaid) de la cobertura del plan sin costo alguno para usted. Necesita una receta para que los medicamentos de venta libre estén cubiertos. Estos medicamentos de venta libre se enumeran en esta Lista de medicamentos a partir de la página 13.

B15. ¿Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre productos de venta libre que no sean medicamentos?

Sí. Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre algunos productos de venta libre que no sean medicamentos cuando su proveedor se los receta. Estos productos de venta libre que no son medicamentos se enumeran en esta Lista de medicamentos a partir de la página 13.

Ejemplos de productos de venta libre que no sean medicamentos incluyen los preservativos. No existen costos compartidos ni copagos.

B16. ¿Puedo obtener mis medicamentos a través de pedidos por correo/ suministro a largo plazo?

Sí. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la farmacia CVS Caremark®. Por lo general, los medicamentos que se brindan a través del servicio de pedido por correo son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada.

- Programa de pedidos por correo. Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener un suministro para 90 días como máximo de sus medicamentos con receta directamente en su hogar.
- Suministro a largo plazo. Ofrecemos un suministro a largo plazo de medicamentos de “mantenimiento” que estén en nuestra Lista de medicamentos. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o prolongada).

Para obtener más información sobre cómo obtener medicamentos a través de pedidos por correo o suministros a largo plazo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**.

B17. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no tienen copago para medicamentos con receta y de venta libre (OTC) y productos que no sean medicamentos, siempre y cuando el miembro siga las normas del plan. Para obtener más información sobre los medicamentos de venta libre y los productos que no sean medicamentos, consulte las preguntas B14 y B15.

Los niveles son grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos.

- Nivel 1 Los medicamentos genéricos preferidos tienen un copago de \$0.
- Nivel 2 Los medicamentos genéricos tienen un copago de \$0.
- Nivel 3 Los medicamentos de marca preferidos tienen un copago de \$0.
- Nivel 4 Los medicamentos no preferidos tienen un copago de \$0.
- Nivel 5 Los medicamentos especializados tienen un copago de \$0.

Los medicamentos de venta libre tienen un copago de \$0.

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**.

C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La siguiente Lista de medicamentos cubiertos le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 13. En el índice se encuentran todos los medicamentos cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) por orden alfabético.

La información incluida en la columna de Requisitos/Límites indica si nuestro plan tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento. Se utilizan las siguientes abreviaturas:

QL: Límites de cantidad. Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá.
PA: Autorización previa. Nuestro plan exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no tiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
ST: Tratamiento escalonado. En algunos casos, nuestro plan requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento B.
LA: Acceso limitado. Son los medicamentos que pueden obtenerse solo en determinadas farmacias.
MO: Entrega de pedidos por correo. Por lo general, los medicamentos que se brindan a través del servicio de pedido por correo son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada.
B/D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare según las circunstancias. Estos medicamentos requieren autorización previa para determinar la cobertura según la Parte B o la Parte D. Puede que se deba proporcionar información que describa el uso del medicamento o el lugar donde se lo recibirá para determinar la cobertura.
EA: Cada uno.
ML: Mililitros.

C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento

Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para las migrañas, debe buscar en la categoría “Antiinfecciosos”. Allí encontrará los medicamentos que tratan las infecciones.

En la primera columna de esta tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ej., *amoxicillin*), los medicamentos de marca están escritos en letra mayúscula (por ej., SYNTHROID) y los medicamentos de venta libre (OTC) están escritos en letra minúscula (p. ej., acetaminophen tablet). La información incluida en la columna de acciones necesarias, restricciones o límites de uso indica si Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) tiene alguna norma especial para la cobertura del medicamento.

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANALGESICS		
GOUT		
allopurinol tabs	\$0 (Tier 1)	MO
colchicine	\$0 (Tier 3)	QL (120 EA per 30 days) MO
febuxostat	\$0 (Tier 3)	ST MO
MITIGARE	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
probenecid	\$0 (Tier 3)	MO
probenecid/colchicine	\$0 (Tier 3)	MO
NSAIDS		
celecoxib caps 400mg	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
celecoxib caps 100mg, 200mg, 50mg	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
diclofenac potassium	\$0 (Tier 2)	QL (120 EA per 30 days) MO
diclofenac sodium dr	\$0 (Tier 2)	MO
diclofenac sodium er	\$0 (Tier 2)	MO
diclofenac sodium/misoprostol	\$0 (Tier 4)	MO
diflunisal	\$0 (Tier 4)	MO
DUEXIS	\$0 (Tier 5)	MO
etodolac	\$0 (Tier 3)	MO
etodolac er	\$0 (Tier 4)	MO
FENOPROFEN CALCIUM CAPS 400MG	\$0 (Tier 4)	MO
fenopropfen calcium tabs	\$0 (Tier 4)	MO
flurbiprofen tabs 100mg	\$0 (Tier 2)	MO
ibu tabs 600mg, 800mg	\$0 (Tier 2)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ibuprofen	\$0 (Tier 2)	MO
ketoprofen <i>er</i>	\$0 (Tier 4)	MO
ketoprofen caps 50mg	\$0 (Tier 4)	
ketoprofen caps 25mg	\$0 (Tier 4)	MO
ketorolac tromethamine inj 15mg/ml, 30mg/ml, 60mg/2ml	\$0 (Tier 4)	QL (20 ML per 30 days) PA MO
ketorolac tromethamine tabs 10mg	\$0 (Tier 2)	QL (20 EA per 30 days) PA MO
meclofenamate sodium	\$0 (Tier 4)	MO
meloxicam	\$0 (Tier 1)	MO
nabumetone	\$0 (Tier 2)	MO
naproxen <i>dr</i>	\$0 (Tier 2)	MO
NAPROXEN SODIUM CR 375MG	\$0 (Tier 4)	MO
naproxen sodium <i>er</i> 500mg	\$0 (Tier 4)	MO
naproxen sodium tabs 275mg, 550mg	\$0 (Tier 2)	MO
naproxen/esomeprazole magnesium	\$0 (Tier 5)	MO
naproxen tabs	\$0 (Tier 1)	MO
naproxen susp	\$0 (Tier 2)	MO
oxaprozin	\$0 (Tier 4)	MO
piroxicam	\$0 (Tier 3)	MO
sulindac	\$0 (Tier 2)	MO
VIMOVO	\$0 (Tier 5)	MO
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
buprenorphine transdermal patch	\$0 (Tier 4)	QL (4 EA per 28 days) PA MO
fentanyl transdermal patch	\$0 (Tier 4)	QL (10 EA per 30 days) PA MO
HYSINGLA ER	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
METHADONE HCL INJ	\$0 (Tier 5)	PA
methadone hcl oral soln	\$0 (Tier 3)	QL (450 ML per 30 days) PA MO
methadone hcl tabs	\$0 (Tier 3)	QL (90 EA per 30 days) PA MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
methadone hcl conc	\$0 (Tier 3)	QL (90 ML per 30 days) PA MO
morphine sulfate er cp24 (generic Avinza) 120mg, 30mg, 45mg, 60mg, 75mg, 90mg	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
morphine sulfate er cp24 (generic Kadian) 100mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 50mg, 60mg, 80mg	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
morphine sulfate er tbc 100mg, 200mg, 30mg, 60mg	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
morphine sulfate er tbc 15mg	\$0 (Tier 3)	QL (90 EA per 30 days) PA MO
TRAMADOL HCL ER CP24 100MG, 200MG, 300MG	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
tramadol hcl er tb24	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) PA MO

OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING

acetaminophen/codeine tabs	\$0 (Tier 3)	QL (180 EA per 30 days) MO
acetaminophen/codeine soln	\$0 (Tier 3)	QL (2700 ML per 30 days) MO
butorphanol tartrate nasal soln	\$0 (Tier 4)	QL (5 ML per 30 days) MO
butorphanol tartrate inj 1mg/ml	\$0 (Tier 4)	
butorphanol tartrate inj 2mg/ml	\$0 (Tier 4)	MO
CODEINE SULFATE TABS 30MG	\$0 (Tier 4)	QL (180 EA per 30 days)
CODEINE SULFATE TABS 15MG, 60MG	\$0 (Tier 4)	QL (180 EA per 30 days) MO
endocet tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg	\$0 (Tier 3)	QL (180 EA per 30 days)
fentanyl citrate oral transmucosal lozenge	\$0 (Tier 5)	QL (120 EA per 30 days) PA MO
hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln 325mg/15ml; 7.5mg/15ml	\$0 (Tier 3)	QL (2700 ML per 30 days) MO
hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 300mg; 10mg, 300mg; 5mg, 300mg; 7.5mg	\$0 (Tier 3)	QL (180 EA per 30 days) MO
hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg	\$0 (Tier 3)	QL (180 EA per 30 days) MO
hydrocodone/ibuprofen tabs 10mg; 200mg, 5mg; 200mg, 7.5mg; 200mg	\$0 (Tier 3)	QL (150 EA per 30 days) MO
hydromorphone hcl tabs	\$0 (Tier 3)	QL (180 EA per 30 days) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
hydromorphone hcl liqd	\$0 (Tier 4)	QL (600 ML per 30 days) MO
HYDROMORPHONE HCL INJ 1MG/ML, 4MG/ML	\$0 (Tier 4)	B/D MO
hydromorphone hcl inj 10mg/ml	\$0 (Tier 4)	B/D
hydromorphone hcl inj 2mg/ml	\$0 (Tier 4)	B/D MO
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE PF INJ 1MG/ML	\$0 (Tier 4)	B/D
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE PF INJ 4MG/ML	\$0 (Tier 4)	B/D MO
hydromorphone hydrochloride pf inj 2mg/ml, 50mg/5ml	\$0 (Tier 4)	B/D
lorcet	\$0 (Tier 4)	QL (180 EA per 30 days)
lorcet <i>hd</i>	\$0 (Tier 4)	QL (180 EA per 30 days)
lorcet plus tabs 325mg; 7.5mg	\$0 (Tier 4)	QL (180 EA per 30 days)
morphine sulfate tabs	\$0 (Tier 3)	QL (180 EA per 30 days) MO
MORPHINE SULFATE INJ 10MG/ML PF, 25MG/ML PF, 2MG/ML PF, 4MG/ML PF, 50MG/ML, 5MG/ML PF, 8MG/ML PF	\$0 (Tier 4)	B/D
morphine sulfate iv inj 0.5mg/ml, 10mg/ml, 1mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml	\$0 (Tier 4)	B/D
morphine sulfate pf inj 1mg/ml	\$0 (Tier 4)	B/D MO
morphine sulfate oral soln 10mg/5ml, 20mg/5ml	\$0 (Tier 3)	QL (900 ML per 30 days) MO
morphine sulfate oral soln 100mg/5ml	\$0 (Tier 4)	QL (180 ML per 30 days) MO
nalbuphine hcl inj 10mg/ml, 20mg/ml	\$0 (Tier 3)	MO
oxycodone hcl caps	\$0 (Tier 3)	QL (180 EA per 30 days) MO
oxycodone hydrochloride soln	\$0 (Tier 3)	QL (900 ML per 30 days) MO
oxycodone hydrochloride oral conc	\$0 (Tier 4)	QL (180 ML per 30 days) MO
oxycodone hydrochloride tabs 30mg	\$0 (Tier 3)	QL (120 EA per 30 days) MO
oxycodone hydrochloride tabs 10mg, 15mg, 20mg, 5mg	\$0 (Tier 3)	QL (180 EA per 30 days) MO
oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg	\$0 (Tier 3)	QL (180 EA per 30 days) MO
oxycodone/aspirin tabs 325mg; 4.835mg	\$0 (Tier 4)	QL (180 EA per 30 days) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
oxymorphone hydrochloride immediate release tabs	\$0 (Tier 4)	QL (180 EA per 30 days) MO
tramadol hcl tabs 50mg	\$0 (Tier 2)	QL (240 EA per 30 days) MO
tramadol hydrochloride/acetaminophen	\$0 (Tier 4)	QL (240 EA per 30 days) MO
tramadol hydrochloride tabs 100mg	\$0 (Tier 2)	QL (120 EA per 30 days) MO

ANESTHETICS

LOCAL ANESTHETICS

lidocaine hcl inj 0.5%, 1%, 1.5%, 2%, 4%	\$0 (Tier 4)	
lidocaine hydrochloride pf inj 1%, 2%	\$0 (Tier 4)	

ANTI-INFECTIVES

ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS

albendazole	\$0 (Tier 5)	MO
ALINIA	\$0 (Tier 5)	MO
amikacin sulfate	\$0 (Tier 4)	MO
atovaquone	\$0 (Tier 4)	PA MO
aztreonam	\$0 (Tier 4)	MO
CAYSTON	\$0 (Tier 5)	PA LA
chloramphenicol inj 1gm	\$0 (Tier 4)	
clindamycin hcl caps 300mg, 75mg	\$0 (Tier 2)	MO
clindamycin hydrochloride caps 150mg	\$0 (Tier 2)	MO
clindamycin palmitate hcl	\$0 (Tier 4)	MO
clindamycin phosphate/dextrose	\$0 (Tier 4)	
clindamycin phosphate inj 300mg/2ml, 900mg/60ml	\$0 (Tier 4)	
clindamycin phosphate inj 600mg/4ml, 900mg/6ml	\$0 (Tier 4)	MO
CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE	\$0 (Tier 4)	
colistimethate inj	\$0 (Tier 4)	PA MO
dapsone tabs 100mg, 25mg	\$0 (Tier 3)	MO
DAPTOMYCIN INJ 350MG	\$0 (Tier 5)	
daptomycin inj 500mg	\$0 (Tier 5)	MO
EMVERM	\$0 (Tier 5)	QL (12 EA per 365 days) MO
ertapenem	\$0 (Tier 4)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
gentamicin sulfate pediatric	\$0 (Tier 4)	MO
gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 1.2mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%	\$0 (Tier 4)	
gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 1.6mg/ml; 0.9%	\$0 (Tier 4)	MO
gentamicin sulfate inj 40mg/ml	\$0 (Tier 4)	MO
imipenem/cilastatin	\$0 (Tier 4)	MO
isotonic gentamicin	\$0 (Tier 4)	MO
ivermectin tabs 3mg	\$0 (Tier 3)	MO
linezolid tabs	\$0 (Tier 4)	QL (56 EA per 28 days) PA MO
linezolid oral susp	\$0 (Tier 5)	QL (1800 ML per 28 days) PA MO
LINEZOLID INJ 600MG/300ML; 0.9%	\$0 (Tier 4)	PA
linezolid inj 600mg/300ml	\$0 (Tier 4)	PA
meropenem inj 500mg	\$0 (Tier 4)	
meropenem inj 1gm	\$0 (Tier 4)	MO
methenamine hippurate	\$0 (Tier 4)	MO
METHENAMINE MANDELATE	\$0 (Tier 4)	MO
metronidazole in nacl 0.79%	\$0 (Tier 4)	
metronidazole caps 375mg	\$0 (Tier 3)	MO
metronidazole tabs 250mg, 500mg	\$0 (Tier 3)	MO
neomycin tabs	\$0 (Tier 2)	MO
nitrofurantoin macrocrystals	\$0 (Tier 3)	MO
nitrofurantoin monohydrate	\$0 (Tier 3)	MO
nitrofurantoin oral suspension	\$0 (Tier 4)	MO
paromomycin caps	\$0 (Tier 4)	MO
pentamidine isethionate inj	\$0 (Tier 4)	
pentamidine isethionate inhalation solr	\$0 (Tier 4)	B/D
praziquante/	\$0 (Tier 3)	MO
SIVEXTRO INJ	\$0 (Tier 5)	
SIVEXTRO TABS	\$0 (Tier 5)	MO
streptomycin sulfate inj	\$0 (Tier 4)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SULFADIAZINE	\$0 (Tier 4)	MO
sulfamethoxazole/trimethoprim ds	\$0 (Tier 1)	MO
sulfamethoxazole/trimethoprim tabs	\$0 (Tier 1)	MO
sulfamethoxazole/trimethoprim inj, susp	\$0 (Tier 4)	MO
SYNERCID	\$0 (Tier 5)	
tinidazole	\$0 (Tier 4)	MO
tobramycin nebu 300mg/5m/	\$0 (Tier 3)	QL (280 ML per 56 days) PA
tobramycin sulfate inj 1.2gm, 10mg/ml, 40mg/m/	\$0 (Tier 4)	
tobramycin sulfate inj 1.2gm/30ml, 80mg/2ml	\$0 (Tier 4)	MO
trimethoprim tabs	\$0 (Tier 1)	MO
VANCOMYCIN INJ 500MG/100ML, 750MG/150ML, 2000MG/400ML	\$0 (Tier 4)	
VANCOMYCIN HCL INJ 0.9%; 1GM/200ML	\$0 (Tier 4)	
vancomycin hcl inj 100gm, 10gm	\$0 (Tier 4)	
vancomycin hydrochloride caps 125mg	\$0 (Tier 4)	QL (120 EA per 30 days) MO
vancomycin hydrochloride caps 250mg	\$0 (Tier 5)	QL (240 EA per 30 days) MO
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJ 1.25GM, 1.5GM, 250MG, 500MG/100ML	\$0 (Tier 4)	
vancomycin hydrochloride inj 1gm, 5gm, 750mg	\$0 (Tier 4)	
vancomycin hydrochloride inj 500mg	\$0 (Tier 4)	MO
ANTIFUNGALS		
ABELCET	\$0 (Tier 4)	B/D
AMBISOME	\$0 (Tier 5)	B/D
amphotericin <i>b</i>	\$0 (Tier 4)	B/D MO
casprofungin acetate inj 70mg	\$0 (Tier 4)	
casprofungin acetate inj 50mg	\$0 (Tier 5)	
fluconazole in nacl 200mg; 0.9%	\$0 (Tier 4)	
fluconazole in sodium chloride 400mg; 0.9%	\$0 (Tier 4)	
fluconazole tabs	\$0 (Tier 2)	MO
fluconazole oral susp	\$0 (Tier 3)	MO
flucytosine	\$0 (Tier 5)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
griseofulvin microsize	\$0 (Tier 4)	MO
griseofulvin ultramicrosize	\$0 (Tier 4)	MO
itraconazole caps	\$0 (Tier 4)	PA MO
ketoconazole tabs 200mg	\$0 (Tier 2)	PA MO
micafungin inj 50mg	\$0 (Tier 4)	
micafungin inj 100mg	\$0 (Tier 5)	
MYCAMINE INJ 50MG	\$0 (Tier 4)	MO
MYCAMINE INJ 100MG	\$0 (Tier 5)	
NOXAFIL SUSP	\$0 (Tier 5)	QL (630 ML per 30 days) MO
nystatin tabs 500000unit	\$0 (Tier 4)	MO
posaconazole dr	\$0 (Tier 5)	QL (93 EA per 30 days) MO
terbinafine hcl tabs	\$0 (Tier 2)	QL (90 EA per 365 days) MO
voriconazole tabs	\$0 (Tier 4)	MO
voriconazole inj	\$0 (Tier 4)	PA
voriconazole oral susp	\$0 (Tier 4)	PA MO
ANTIMALARIALS		
atovaquone/proguanil hcl	\$0 (Tier 4)	MO
chloroquine phosphate	\$0 (Tier 2)	MO
COARTEM	\$0 (Tier 4)	MO
mefloquine hcl	\$0 (Tier 3)	MO
primaquine phosphate	\$0 (Tier 3)	MO
quinine sulfate	\$0 (Tier 4)	PA MO
ANTIRETROVIRAL AGENTS		
abacavir	\$0 (Tier 3)	MO
APTIVUS SOLN	\$0 (Tier 5)	
APTIVUS CAPS	\$0 (Tier 5)	MO
atazanavir sulfate caps 150mg, 300mg	\$0 (Tier 4)	MO
atazanavir sulfate caps 200mg	\$0 (Tier 5)	MO
CRIXIVAN	\$0 (Tier 4)	MO
didanosine caps 200mg, 250mg, 400mg	\$0 (Tier 4)	MO
EDURANT	\$0 (Tier 5)	MO
efavirenz caps 50mg	\$0 (Tier 3)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
efavirenz caps 200mg	\$0 (Tier 4)	MO
efavirenz tabs	\$0 (Tier 5)	MO
EMTRIVA	\$0 (Tier 3)	MO
fosamprenavir calcium	\$0 (Tier 5)	MO
FUZEON	\$0 (Tier 5)	
INTELENCE TABS 25MG	\$0 (Tier 4)	
INTELENCE TABS 100MG, 200MG	\$0 (Tier 5)	MO
INVIRASE TABS	\$0 (Tier 5)	MO
ISENTRESS HD	\$0 (Tier 5)	MO
ISENTRESS PACK	\$0 (Tier 3)	MO
ISENTRESS TABS	\$0 (Tier 5)	MO
ISENTRESS CHEW 25MG	\$0 (Tier 3)	MO
ISENTRESS CHEW 100MG	\$0 (Tier 5)	MO
lamivudine soln 10mg/ml	\$0 (Tier 4)	MO
lamivudine tabs 150mg, 300mg	\$0 (Tier 4)	MO
LEXIVA SUSP	\$0 (Tier 4)	MO
nevirapine er tb24 100mg	\$0 (Tier 3)	
nevirapine er tb24 400mg	\$0 (Tier 3)	MO
nevirapine tabs	\$0 (Tier 3)	MO
nevirapine susp	\$0 (Tier 4)	
NORVIR PACK, ORAL SOLN	\$0 (Tier 4)	MO
PIFELTRO	\$0 (Tier 5)	MO
PREZISTA SUSP	\$0 (Tier 5)	QL (400 ML per 30 days) MO
PREZISTA TABS 75MG	\$0 (Tier 4)	QL (480 EA per 30 days) MO
PREZISTA TABS 150MG	\$0 (Tier 5)	QL (240 EA per 30 days) MO
PREZISTA TABS 800MG	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) MO
PREZISTA TABS 600MG	\$0 (Tier 5)	QL (60 EA per 30 days) MO
RESCRIPTOR TABS 200MG	\$0 (Tier 4)	MO
REYATAZ CAPS 150MG, 200MG, PACK	\$0 (Tier 5)	MO
ritonavir	\$0 (Tier 3)	MO
RUKOBIA	\$0 (Tier 5)	
SELZENTRY SOLN	\$0 (Tier 5)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SELZENTRY TABS 25MG	\$0 (Tier 3)	
SELZENTRY TABS 75MG	\$0 (Tier 5)	
SELZENTRY TABS 150MG, 300MG	\$0 (Tier 5)	MO
stavudine	\$0 (Tier 3)	MO
tenofovir tabs	\$0 (Tier 4)	MO
TIVICAY PD	\$0 (Tier 4)	
TIVICAY TABS 10MG	\$0 (Tier 3)	MO
TIVICAY TABS 25MG, 50MG	\$0 (Tier 5)	MO
TROGARZO	\$0 (Tier 5)	LA
TYBOST	\$0 (Tier 4)	MO
VIDEX EC CAPS 125MG	\$0 (Tier 4)	MO
VIDEX PEDIATRIC	\$0 (Tier 4)	MO
VIRACEPT TABS	\$0 (Tier 5)	MO
VIREAD	\$0 (Tier 5)	MO
zidovudine	\$0 (Tier 3)	MO
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS		
abacavir sulfate/lamivudine	\$0 (Tier 4)	MO
abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine	\$0 (Tier 5)	MO
ATRIPLA	\$0 (Tier 5)	MO
BIKTARVY	\$0 (Tier 5)	MO
CIMDUO	\$0 (Tier 5)	MO
COMPLERA	\$0 (Tier 5)	MO
DELSTRIGO	\$0 (Tier 5)	MO
DESCOVY	\$0 (Tier 5)	MO
DOVATO	\$0 (Tier 5)	MO
EVOTAZ	\$0 (Tier 5)	MO
GENVOYA	\$0 (Tier 5)	MO
JULUCA	\$0 (Tier 5)	MO
KALETRA TABS 100MG; 25MG	\$0 (Tier 4)	MO
KALETRA TABS 200MG; 50MG	\$0 (Tier 5)	MO
lamivudine/zidovudine	\$0 (Tier 4)	MO
lopinavir/ritonavir	\$0 (Tier 4)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ODEFSEY	\$0 (Tier 5)	MO
PREZCOBIX	\$0 (Tier 5)	MO
STRIBILD	\$0 (Tier 5)	MO
SYMFI	\$0 (Tier 5)	MO
SYMFI LO	\$0 (Tier 5)	MO
SYMTUZA	\$0 (Tier 5)	MO
TEMIXYS	\$0 (Tier 5)	MO
TRIUMEQ	\$0 (Tier 5)	MO
TRUVADA	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) MO
ANTITUBERCULAR AGENTS		
cycloserine	\$0 (Tier 5)	MO
ethambutol hydrochloride tabs 400mg	\$0 (Tier 4)	MO
isoniazid tabs	\$0 (Tier 1)	MO
isoniazid syrp	\$0 (Tier 2)	MO
isoniazid inj	\$0 (Tier 4)	
PASER	\$0 (Tier 4)	MO
PRETOMANID	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) PA
PRIFTIN	\$0 (Tier 4)	MO
pyrazinamide	\$0 (Tier 4)	MO
rifabutin	\$0 (Tier 4)	MO
rifampin caps	\$0 (Tier 3)	MO
rifampin inj	\$0 (Tier 4)	
RIFATER	\$0 (Tier 4)	MO
SIRTURO TABS 20MG	\$0 (Tier 5)	PA
SIRTURO TABS 100MG	\$0 (Tier 5)	PA LA
TRECTOR	\$0 (Tier 4)	MO
ANTIVIRALS		
acyclovir sodium inj 50mg/ml	\$0 (Tier 4)	B/D
acyclovir caps 200mg	\$0 (Tier 2)	MO
acyclovir susp 200mg/5ml	\$0 (Tier 2)	MO
acyclovir tabs 400mg, 800mg	\$0 (Tier 2)	MO
adefovir dipivoxil/	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BARACLUDE SOLN	\$0 (Tier 4)	MO
entecavir	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
EPCLUSA	\$0 (Tier 5)	PA
EPIVIR HBV SOLN	\$0 (Tier 4)	MO
famciclovir tabs 500mg	\$0 (Tier 2)	QL (21 EA per 30 days) MO
famciclovir tabs 125mg, 250mg	\$0 (Tier 2)	QL (60 EA per 30 days) MO
ganciclovir inj 500mg/10ml, 500mg	\$0 (Tier 3)	B/D
HARVONI TABS	\$0 (Tier 5)	PA
lamivudine tabs 100mg	\$0 (Tier 3)	MO
MAVYRET	\$0 (Tier 5)	PA
oseltamivir phosphate caps 30mg	\$0 (Tier 3)	QL (168 EA per 365 days) MO
oseltamivir phosphate caps 45mg, 75mg	\$0 (Tier 3)	QL (84 EA per 365 days) MO
oseltamivir phosphate oral susp	\$0 (Tier 3)	QL (1080 ML per 365 days) MO
PEGASYS	\$0 (Tier 5)	PA
PREVYMIS TABS	\$0 (Tier 5)	QL (28 EA per 28 days) MO
RELENZA DISKHALER	\$0 (Tier 3)	QL (120 EA per 365 days) MO
ribavirin caps, tabs	\$0 (Tier 3)	
ribavirin inh	\$0 (Tier 5)	
rimantadine hydrochloride	\$0 (Tier 4)	MO
valacyclovir hcl tabs 1gm	\$0 (Tier 3)	MO
valacyclovir hydrochloride tabs 500mg	\$0 (Tier 3)	MO
valganciclovir hydrochloride oral soln	\$0 (Tier 5)	MO
valganciclovir tabs	\$0 (Tier 5)	MO
VEMLIDY	\$0 (Tier 5)	MO
VOSEVI	\$0 (Tier 5)	PA
CEPHALOSPORINS		
cefaclor	\$0 (Tier 2)	MO
CEFACTOR ER	\$0 (Tier 4)	MO
cefadroxil/	\$0 (Tier 2)	MO
CEFAZOLIN INJ 2GM/100ML; 4%	\$0 (Tier 3)	
CEFAZOLIN SODIUM INJ 1GM/50ML; 4%	\$0 (Tier 3)	
CEFAZOLIN SODIUM INJ 100GM, 300GM	\$0 (Tier 4)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
cefazolin sodium iv inj 1gm	\$0 (Tier 4)	
cefazolin sodium inj 10gm, 1gm, 500mg	\$0 (Tier 4)	MO
cefdinir caps	\$0 (Tier 2)	MO
cefdinir oral susp	\$0 (Tier 3)	MO
cefepime inj 1gm, 2gm	\$0 (Tier 4)	MO
cefixime caps	\$0 (Tier 3)	MO
cefixime oral susp	\$0 (Tier 4)	MO
cefotetan	\$0 (Tier 4)	
cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm	\$0 (Tier 4)	
cefpodoxime proxitil	\$0 (Tier 4)	MO
cefprozil	\$0 (Tier 3)	MO
CEFTAZIDIME/DEXTROSE	\$0 (Tier 4)	
ceftazidime inj 6gm	\$0 (Tier 4)	
ceftazidime inj 1gm, 2gm	\$0 (Tier 4)	MO
ceftriaxone in iso-osmotic dextrose	\$0 (Tier 4)	
CEFTRIAZONE SODIUM INJ 100GM	\$0 (Tier 4)	
ceftriaxone sodium iv inj 1gm	\$0 (Tier 4)	
ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg	\$0 (Tier 4)	MO
cefuroxime axetil tabs	\$0 (Tier 3)	MO
cefuroxime sodium inj 1.5gm, 7.5gm	\$0 (Tier 4)	
cefuroxime sodium inj 750mg	\$0 (Tier 4)	MO
cephalexin	\$0 (Tier 2)	MO
SUPRAX ORAL SUSP 500MG/5ML	\$0 (Tier 3)	
SUPRAX CHEW 100MG	\$0 (Tier 4)	
SUPRAX CHEW 200MG	\$0 (Tier 4)	MO
tazicef	\$0 (Tier 4)	
TEFLARO	\$0 (Tier 5)	
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES		
AZITHROMYCIN PACK	\$0 (Tier 3)	MO
azithromycin oral susp, tabs	\$0 (Tier 2)	MO
azithromycin inj	\$0 (Tier 4)	MO
clarithromycin	\$0 (Tier 3)	MO

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado MO - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
clarithromycin <i>er</i>	\$0 (Tier 4)	MO
DIFICID	\$0 (Tier 5)	MO
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INJ 500MG	\$0 (Tier 4)	
erythrocin stearate tabs 250mg	\$0 (Tier 4)	MO
erythromycin base	\$0 (Tier 3)	MO
erythromycin <i>dr</i>	\$0 (Tier 4)	MO
erythromycin ethylsuccinate tabs	\$0 (Tier 3)	MO
erythromycin stearate	\$0 (Tier 3)	MO
erythromycin cpep 250mg	\$0 (Tier 3)	MO
FLUOROQUINOLONES		
ciprofloxacin <i>hcl</i>	\$0 (Tier 1)	MO
ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg	\$0 (Tier 1)	MO
ciprofloxacin i.v.-in d5w inj 200mg/100ml; 5%	\$0 (Tier 4)	
ciprofloxacin i.v.-in d5w inj 400mg/200ml; 5%	\$0 (Tier 4)	MO
levofloxacin in d5w	\$0 (Tier 4)	
levofloxacin inj 25mg/ml	\$0 (Tier 4)	
levofloxacin oral soln 25mg/ml	\$0 (Tier 3)	MO
levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg	\$0 (Tier 2)	MO
moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride inj	\$0 (Tier 4)	
moxifloxacin hydrochloride inj 400mg/250ml	\$0 (Tier 4)	
moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg	\$0 (Tier 4)	MO
PENICILLINS		
amoxicillin	\$0 (Tier 1)	MO
amoxicillin/clavulanate potassium	\$0 (Tier 2)	MO
amoxicillin/clavulanate potassium <i>er</i>	\$0 (Tier 4)	MO
ampicillin caps 500mg	\$0 (Tier 1)	MO
ampicillin sodium inj 10gm, 125mg, 1gm iv, 250mg, 2gm iv	\$0 (Tier 4)	
ampicillin sodium inj 1gm, 2gm, 500mg	\$0 (Tier 4)	MO
ampicillin-sulbactam	\$0 (Tier 4)	
BICILLIN L-A	\$0 (Tier 4)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
dicloxacillin caps	\$0 (Tier 3)	MO
nafcillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm iv	\$0 (Tier 4)	
nafcillin sodium inj 2gm	\$0 (Tier 4)	MO
nafcillin sodium inj 10gm iv	\$0 (Tier 5)	
oxacillin sodium inj 10gm, 1gm	\$0 (Tier 4)	
oxacillin sodium inj 2gm	\$0 (Tier 4)	MO
penicillin g potassium	\$0 (Tier 4)	MO
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	\$0 (Tier 4)	
PENICILLIN G PROCAINE	\$0 (Tier 4)	MO
penicillin g sodium	\$0 (Tier 4)	
penicillin v potassium	\$0 (Tier 1)	MO
piperacillin sodium/tazobactam sodium	\$0 (Tier 4)	
piperacillin/tazobactam	\$0 (Tier 4)	
TETRACYCLINES		
doxy 100 inj	\$0 (Tier 4)	MO
doxycycline hyclate	\$0 (Tier 3)	MO
doxycycline hyclate <i>dr</i>	\$0 (Tier 4)	MO
doxycycline monohydrate tabs	\$0 (Tier 2)	MO
doxycycline monohydrate caps	\$0 (Tier 4)	MO
doxycycline oral susp 25mg/5ml	\$0 (Tier 3)	MO
doxycycline tabs 50mg	\$0 (Tier 2)	MO
minocycline hcl caps 75mg	\$0 (Tier 2)	MO
minocycline hcl tabs	\$0 (Tier 4)	ST MO
minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg	\$0 (Tier 2)	MO
minocycline hydrochloride <i>er</i>	\$0 (Tier 4)	ST MO
mondoxylene nl caps 100mg, 75mg	\$0 (Tier 4)	
morgidox 1x100mg	\$0 (Tier 4)	
morgidox 2x100mg	\$0 (Tier 4)	
okebo	\$0 (Tier 4)	
tetracycline hydrochloride	\$0 (Tier 4)	MO
tigecycline	\$0 (Tier 5)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado MO - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
------------------------	-------------------------------	---

ANTINEOPLASTIC AGENTS

ALKYLATING AGENTS

BENDEKA	\$0 (Tier 5)	
busulfan	\$0 (Tier 5)	
carboplatin	\$0 (Tier 3)	
carmustine	\$0 (Tier 5)	
cisplatin inj 100mg/100ml, 200mg/200ml, 50mg/50ml	\$0 (Tier 3)	
cyclophosphamide caps	\$0 (Tier 3)	B/D MO
cyclophosphamide inj	\$0 (Tier 4)	
GLEOSTINE CAPS 10MG	\$0 (Tier 4)	MO
GLEOSTINE CAPS 100MG, 40MG	\$0 (Tier 5)	MO
IFEX	\$0 (Tier 4)	
IFOSFAMIDE INJ 3GM	\$0 (Tier 4)	
ifosfamide inj 1gm/20ml, 1gm, 3gm/60ml	\$0 (Tier 4)	
LEUKERAN	\$0 (Tier 5)	MO
melphalan hydrochloride inj	\$0 (Tier 5)	
melphalan tabs	\$0 (Tier 4)	B/D MO
oxaliplatin	\$0 (Tier 4)	
paraplatin	\$0 (Tier 3)	
thiotepa	\$0 (Tier 5)	

ANTIBIOTICS

bleomycin sulfate	\$0 (Tier 4)	B/D
dactinomycin	\$0 (Tier 5)	
DAUNORUBICIN HYDROCHLORIDE INJ 50MG/10ML	\$0 (Tier 4)	
daunorubicin hydrochloride inj 20mg/4ml	\$0 (Tier 4)	
doxorubicin hcl liposome 2mg/ml	\$0 (Tier 4)	
doxorubicin hydrochloride liposomal 20mg/10ml, 50mg/25ml	\$0 (Tier 4)	
epirubicin hc/	\$0 (Tier 4)	
idarubicin hc/	\$0 (Tier 4)	
mitomycin inj 20mg, 5mg	\$0 (Tier 4)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
mitomycin inj 40mg	\$0 (Tier 5)	
mutamycin inj 20mg, 5mg	\$0 (Tier 4)	
mutamycin inj 40mg	\$0 (Tier 5)	
ANTIMETABOLITES		
adrucil	\$0 (Tier 3)	B/D
ALIMTA	\$0 (Tier 5)	
azacitidine	\$0 (Tier 5)	
cladribine	\$0 (Tier 4)	B/D
clofarabine	\$0 (Tier 5)	
cytarabine aqueous	\$0 (Tier 4)	B/D
decitabine	\$0 (Tier 4)	
fludarabine phosphate	\$0 (Tier 4)	
fluorouracil inj 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 500mg/10ml, 5gm/100m/	\$0 (Tier 3)	B/D
gemcitabine hcl inj 1gm, 200mg, 2gm	\$0 (Tier 4)	
GEMCITABINE HYDROCHLORIDE INJ 1GM/10ML, 2GM/20ML	\$0 (Tier 4)	
gemcitabine hydrochloride inj 200mg/2ml	\$0 (Tier 4)	
gemcitabine inj 38mg/m/	\$0 (Tier 4)	
mercaptopurine	\$0 (Tier 4)	MO
methotrexate sodium inj 1gm/40ml, 1gm	\$0 (Tier 3)	
methotrexate sodium inj 250mg/10ml, 50mg/2ml	\$0 (Tier 3)	MO
methotrexate pf inj 50mg/2m/	\$0 (Tier 3)	MO
PURIXAN	\$0 (Tier 5)	
TABLOID	\$0 (Tier 4)	MO
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
abiraterone acetate	\$0 (Tier 5)	PA
anastrozole	\$0 (Tier 2)	MO
bicalutamide	\$0 (Tier 3)	MO
DEPO-PROVERA INJ 400MG/ML	\$0 (Tier 4)	
EMCYT	\$0 (Tier 4)	MO
ERLEADA	\$0 (Tier 5)	PA LA

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado MO - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
exemestane	\$0 (Tier 4)	MO
flutamide	\$0 (Tier 4)	MO
fulvestrant	\$0 (Tier 5)	
letrozole	\$0 (Tier 2)	MO
leuprolide acetate	\$0 (Tier 3)	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INJ 3.75MG	\$0 (Tier 5)	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INJ 11.25MG	\$0 (Tier 5)	PA
LYSODREN	\$0 (Tier 3)	
megestrol acetate tabs 20mg, 40mg	\$0 (Tier 3)	MO
nilutamide	\$0 (Tier 5)	MO
NUBEQA	\$0 (Tier 5)	PA
SOLTAMOX	\$0 (Tier 5)	MO
tamoxifen citrate	\$0 (Tier 2)	MO
toremifene citrate	\$0 (Tier 4)	PA MO
TRELSTAR MIXJECT	\$0 (Tier 5)	PA
XTANDI	\$0 (Tier 5)	PA LA
ZYTIGA	\$0 (Tier 5)	PA LA
IMMUNOMODULATORS		
POMALYST CAPS 1MG, 2MG	\$0 (Tier 5)	QL (21 EA per 21 days) PA LA
POMALYST CAPS 3MG, 4MG	\$0 (Tier 5)	QL (21 EA per 28 days) PA LA
REVLIMID	\$0 (Tier 5)	QL (28 EA per 28 days) PA LA
THALOMID CAPS 100MG, 50MG	\$0 (Tier 5)	QL (28 EA per 28 days) PA
THALOMID CAPS 150MG, 200MG	\$0 (Tier 5)	QL (56 EA per 28 days) PA
MISCELLANEOUS		
arsenic trioxide	\$0 (Tier 5)	
bexarotene	\$0 (Tier 5)	PA
dacarbazine	\$0 (Tier 4)	
hydroxyurea	\$0 (Tier 2)	MO
IMLYGIC	\$0 (Tier 5)	PA
INQOVI	\$0 (Tier 5)	QL (5 EA per 28 days) PA
irinotecan hcl inj 100mg/5ml	\$0 (Tier 4)	
irinotecan hydrochloride inj 300mg/15ml, 40mg/2ml	\$0 (Tier 4)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
irinotecan inj 500mg/25m/	\$0 (Tier 4)	
KISQALI FEMARA 200MG-2.5MG CO-PACK	\$0 (Tier 5)	PA
KISQALI FEMARA 400MG-2.5MG CO-PACK	\$0 (Tier 5)	PA
KISQALI FEMARA 600MG-2.5MG CO-PACK	\$0 (Tier 5)	PA
LONSURF	\$0 (Tier 5)	PA
MATULANE	\$0 (Tier 5)	LA
mitoxantrone hcl/	\$0 (Tier 3)	
NIPENT	\$0 (Tier 5)	
SYLATRON KIT 200MCG, 300MCG	\$0 (Tier 5)	PA
SYNRIBO	\$0 (Tier 5)	PA
TOPOTECAN HCL INJ 4MG/4ML	\$0 (Tier 5)	
topotecan hcl inj 4mg	\$0 (Tier 5)	
tretinoin caps 10mg	\$0 (Tier 5)	MO
MITOTIC INHIBITORS		
ABRAXANE	\$0 (Tier 5)	
DOCETAXEL INJ 160MG/16ML	\$0 (Tier 4)	
DOCETAXEL INJ 160MG/8ML, 200MG/10ML, 20MG/2ML, 80MG/8ML	\$0 (Tier 5)	
docetaxel inj 20mg/ml, 80mg/4ml	\$0 (Tier 4)	
etoposide inj	\$0 (Tier 3)	
paclitaxel inj 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml, 30mg/5ml/	\$0 (Tier 4)	
toposar	\$0 (Tier 3)	
vinblastine sulfate	\$0 (Tier 4)	B/D
vincristine sulfate	\$0 (Tier 4)	B/D
vinorelbine tartrate	\$0 (Tier 4)	
MOLECULAR TARGET AGENTS		
AFINITOR DISPERZ TBSO 2MG	\$0 (Tier 5)	QL (150 EA per 30 days) PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 5MG	\$0 (Tier 5)	QL (60 EA per 30 days) PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 3MG	\$0 (Tier 5)	QL (90 EA per 30 days) PA
AFINITOR TABS 10MG	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) PA
ALECENSA	\$0 (Tier 5)	PA LA
ALUNBRIG	\$0 (Tier 5)	PA LA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AVASTIN	\$0 (Tier 5)	PA LA
AYVAKIT	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
BALVERSA TABS 5MG	\$0 (Tier 5)	QL (28 EA per 28 days) PA MO
BALVERSA TABS 4MG	\$0 (Tier 5)	QL (56 EA per 28 days) PA MO
BALVERSA TABS 3MG	\$0 (Tier 5)	QL (84 EA per 28 days) PA MO
BELEODAQ	\$0 (Tier 5)	PA
BORTEZOMIB	\$0 (Tier 5)	PA
BOSULIF	\$0 (Tier 5)	PA
BRAFTOVI	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
BRUKINSA	\$0 (Tier 5)	QL (120 EA per 30 days) PA MO
CABOMETYX	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) PA LA
CALQUENCE	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
CAPRELSA	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
COMETRIQ	\$0 (Tier 5)	PA LA
COPIKTRA	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
COTELLIC	\$0 (Tier 5)	PA LA
DAURISMO	\$0 (Tier 5)	PA LA
ENHERTU	\$0 (Tier 5)	PA
ERIVEDGE	\$0 (Tier 5)	PA LA
erlotinib hydrochloride tabs 100mg, 150mg	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) PA
erlotinib hydrochloride tabs 25mg	\$0 (Tier 5)	QL (90 EA per 30 days) PA
everolimus tabs 2.5mg, 5mg, 7.5mg	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) PA
FARYDAK CAPS 10MG, 20MG	\$0 (Tier 5)	PA LA
GILOTRIF	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
HERCEPTIN	\$0 (Tier 5)	PA
HERCEPTIN HYLECTA	\$0 (Tier 5)	PA
IBRANCE TABS	\$0 (Tier 5)	QL (21 EA per 28 days) PA
IBRANCE CAPS	\$0 (Tier 5)	QL (21 EA per 28 days) PA LA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ICLUSIG	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
IDHIFA	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) PA LA
imatinib mesylate tabs 400mg	\$0 (Tier 5)	QL (60 EA per 30 days) PA
imatinib mesylate tabs 100mg	\$0 (Tier 5)	QL (90 EA per 30 days) PA
IMBRUVICA	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
INLYTA TABS 5MG	\$0 (Tier 5)	QL (120 EA per 30 days) PA LA
INLYTA TABS 1MG	\$0 (Tier 5)	QL (180 EA per 30 days) PA LA
INREBIC	\$0 (Tier 5)	QL (120 EA per 30 days) PA
IRESSA	\$0 (Tier 5)	PA LA
JAKAFI	\$0 (Tier 5)	QL (60 EA per 30 days) PA LA
KADCYLA	\$0 (Tier 5)	
KEYTRUDA	\$0 (Tier 5)	PA
KISQALI	\$0 (Tier 5)	PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 5)	PA LA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 5)	PA LA
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 5)	PA LA
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 5)	PA LA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 5)	PA LA
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 5)	PA LA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 5)	PA LA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 5)	PA LA
LIBTAYO	\$0 (Tier 5)	PA
LORBRENA	\$0 (Tier 5)	PA LA
LUMOXITI	\$0 (Tier 5)	PA
LYNPARZA	\$0 (Tier 5)	PA LA
MEKINIST	\$0 (Tier 5)	PA LA
MEKTOVI	\$0 (Tier 5)	PA LA
MYLOTARG	\$0 (Tier 5)	PA LA
NERLYNX	\$0 (Tier 5)	PA LA
NEXAVAR	\$0 (Tier 5)	PA LA
NINLARO	\$0 (Tier 5)	PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ODOMZO	\$0 (Tier 5)	PA LA
PADCEV	\$0 (Tier 5)	PA
PEMAZYRE	\$0 (Tier 5)	QL (14 EA per 21 days) PA MO
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 5)	QL (28 EA per 28 days) PA
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 5)	QL (56 EA per 28 days) PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 5)	QL (56 EA per 28 days) PA
POLIVY	\$0 (Tier 5)	PA
POTELIGEO	\$0 (Tier 5)	PA
QINLOCK	\$0 (Tier 5)	QL (90 EA per 30 days) PA MO
RETEVMO CAPS 80MG	\$0 (Tier 5)	QL (120 EA per 30 days) PA
RETEVMO CAPS 40MG	\$0 (Tier 5)	QL (180 EA per 30 days) PA
RITUXAN	\$0 (Tier 5)	PA LA
RITUXAN HYCELA	\$0 (Tier 5)	PA LA
ROMIDEPSIN	\$0 (Tier 5)	
ROZLYTREK CAPS 100MG	\$0 (Tier 5)	QL (150 EA per 30 days) PA
ROZLYTREK CAPS 200MG	\$0 (Tier 5)	QL (90 EA per 30 days) PA
RUBRACA	\$0 (Tier 5)	PA LA
RYDAPT	\$0 (Tier 5)	PA
SARCLISA	\$0 (Tier 5)	PA
SPRYCEL	\$0 (Tier 5)	PA
STIVARGA	\$0 (Tier 5)	PA LA
SUTENT	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) PA
TABRECTA	\$0 (Tier 5)	QL (112 EA per 28 days) PA
TAFINLAR	\$0 (Tier 5)	PA LA
TAGRISO	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) PA LA
TALZENNA	\$0 (Tier 5)	PA LA
TASIGNA	\$0 (Tier 5)	PA
TAZVERIK	\$0 (Tier 5)	QL (240 EA per 30 days) PA MO
TECENTRIQ INJ 840MG/14ML	\$0 (Tier 5)	PA
TECENTRIQ INJ 1200MG/20ML	\$0 (Tier 5)	PA LA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
temsirolimus	\$0 (Tier 5)	
TIBSOVO	\$0 (Tier 5)	PA LA
TUKYSA TABS 150MG	\$0 (Tier 5)	QL (120 EA per 30 days) PA MO
TUKYSA TABS 50MG	\$0 (Tier 5)	QL (240 EA per 30 days) PA MO
TURALIO	\$0 (Tier 5)	QL (120 EA per 30 days) PA MO
TYKERB	\$0 (Tier 5)	PA LA
VELCADE	\$0 (Tier 5)	PA
VENCLEXTA STARTING PACK	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
VENCLEXTA TABS 10MG	\$0 (Tier 4)	PA LA MO
VENCLEXTA TABS 100MG, 50MG	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
VERZENIO	\$0 (Tier 5)	PA LA
VITRAKVI	\$0 (Tier 5)	PA LA
VIZIMPRO	\$0 (Tier 5)	PA LA
VOTRIENT	\$0 (Tier 5)	PA LA
XALKORI	\$0 (Tier 5)	PA LA
XOSPATA	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	\$0 (Tier 5)	QL (20 EA per 28 days) PA MO
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	\$0 (Tier 5)	QL (8 EA per 28 days) PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	\$0 (Tier 5)	QL (16 EA per 28 days) PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	\$0 (Tier 5)	QL (12 EA per 28 days) PA MO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	\$0 (Tier 5)	QL (24 EA per 28 days) PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	\$0 (Tier 5)	QL (16 EA per 28 days) PA MO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	\$0 (Tier 5)	QL (32 EA per 28 days) PA MO
YERVOY	\$0 (Tier 5)	PA
ZEJULA	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
ZELBORAF	\$0 (Tier 5)	PA LA
ZOLINZA	\$0 (Tier 5)	PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZYDELIG	\$0 (Tier 5)	PA LA
ZYKADIA	\$0 (Tier 5)	PA
PROTECTIVE AGENTS		
dexrazoxane	\$0 (Tier 4)	
ELITEK	\$0 (Tier 5)	
KHAPZORY	\$0 (Tier 5)	B/D
leucovorin calcium tabs	\$0 (Tier 3)	MO
leucovorin calcium inj	\$0 (Tier 4)	
levoleucovorin calcium inj 175mg/17.5ml, 250mg/25ml	\$0 (Tier 4)	
levoleucovorin inj 50mg	\$0 (Tier 5)	
mesna	\$0 (Tier 4)	
MESNEX TABS	\$0 (Tier 5)	MO
CARDIOVASCULAR		
ACE INHIBITOR COMBINATIONS		
amlodipine besylate/benazepril hydrochloride	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
benazepril hcl/hydrochlorothiazide	\$0 (Tier 1)	MO
captopril/hydrochlorothiazide	\$0 (Tier 1)	MO
enalapril maleate/hydrochlorothiazide	\$0 (Tier 1)	MO
fosinopril sodium/hydrochlorothiazide	\$0 (Tier 1)	MO
lisinopril/hydrochlorothiazide	\$0 (Tier 1)	MO
quinapril/hydrochlorothiazide	\$0 (Tier 2)	MO
trandolapril/verapamil hcl er	\$0 (Tier 1)	MO
ACE INHIBITORS		
benazepril hcl tabs 10mg, 40mg, 5mg	\$0 (Tier 1)	MO
benazepril hydrochloride tabs 20mg	\$0 (Tier 1)	MO
captopril/	\$0 (Tier 2)	MO
enalapril maleate	\$0 (Tier 1)	MO
fosinopril sodium	\$0 (Tier 1)	MO
lisinopril/	\$0 (Tier 1)	MO
moexipril hc/	\$0 (Tier 1)	MO
perindopril erbumine	\$0 (Tier 2)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
quinapril hcl tabs 20mg, 40mg, 5mg	\$0 (Tier 1)	MO
quinapril hydrochloride tabs 10mg	\$0 (Tier 1)	MO
ramipri/	\$0 (Tier 1)	MO
trandolapri/	\$0 (Tier 1)	MO
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS		
eplerenone	\$0 (Tier 4)	MO
spironolactone	\$0 (Tier 1)	MO
ALPHA BLOCKERS		
doxazosin mesylate	\$0 (Tier 2)	MO
prazosin hcl caps 1mg, 5mg	\$0 (Tier 3)	MO
prazosin hydrochloride caps 2mg	\$0 (Tier 3)	MO
terazosin hcl caps 10mg, 1mg, 5mg	\$0 (Tier 1)	MO
terazosin hydrochloride caps 2mg	\$0 (Tier 1)	MO
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS		
amlodipine besylate/valsartan	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
amlodipine/olmesartan medoxomil	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
amlodipine/valsartan/hctz tabs 10mg/12.5mg/160mg, 10mg/25mg/160mg, 10mg/25mg/320mg, 5mg/25mg/160mg	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tabs 5mg/12.5mg/160mg	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tabs 32mg; 12.5mg, 32mg; 25mg	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tabs 16mg; 12.5mg	\$0 (Tier 1)	QL (60 EA per 30 days) MO
EDARBYCLOR	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) ST MO
ENTRESTO	\$0 (Tier 3)	MO
irbesartan/hydrochlorothiazide	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
losartan potassium/hydrochlorothiazide	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
telmisartan/amlodipine	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado MO - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
telmisartan/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 40mg, 25mg; 80mg	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
telmisartan/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 80mg	\$0 (Tier 1)	QL (60 EA per 30 days) MO
valsartan/hydrochlorothiazide	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
candesartan cilexetil/ EDARBI	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
eprosartan mesylate	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) ST MO
irbesartan	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days)
losartan potassium tabs 100mg	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
losartan potassium tabs 25mg, 50mg	\$0 (Tier 1)	QL (60 EA per 30 days) MO
olmesartan medoxomil/ telmisartan	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
valsartan tabs 320mg	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
valsartan tabs 160mg, 40mg, 80mg	\$0 (Tier 1)	QL (60 EA per 30 days) MO
ANTIARRHYTHMICS		
amiodarone hcl tabs 200mg, 400mg	\$0 (Tier 2)	MO
amiodarone hcl inj 50mg/ml	\$0 (Tier 4)	
amiodarone hydrochloride tabs 100mg	\$0 (Tier 2)	MO
amiodarone hydrochloride inj 150mg/3ml, 450mg/9ml, 900mg/18ml	\$0 (Tier 4)	
disopyramide phosphate	\$0 (Tier 4)	PA MO
dofetilide	\$0 (Tier 4)	
flecainide acetate	\$0 (Tier 3)	MO
LIDOCAINE HCL IN D5W	\$0 (Tier 4)	
LIDOCAINE HCL INJ 100MG/5ML	\$0 (Tier 4)	
lidocaine hcl inj 100mg/5ml (prefilled syringe), 50mg/5ml	\$0 (Tier 4)	
MULTAQ	\$0 (Tier 4)	MO
NORPACE CR	\$0 (Tier 4)	MO
pacerone	\$0 (Tier 2)	
propafenone hcl	\$0 (Tier 3)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
propafenone hydrochloride <i>er</i>	\$0 (Tier 4)	MO
quinidine sulfate	\$0 (Tier 2)	MO
sorine	\$0 (Tier 2)	
sotalol hcl/	\$0 (Tier 2)	MO
sotalol hcl (<i>af</i>)	\$0 (Tier 2)	MO
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
fenofibrate micronized	\$0 (Tier 3)	MO
fenofibrate caps	\$0 (Tier 3)	MO
fenofibrate tabs 145mg, 160mg, 48mg, 54mg	\$0 (Tier 3)	MO
fenofibrate tabs 120mg, 40mg	\$0 (Tier 4)	MO
fenofibric acid dr caps	\$0 (Tier 4)	MO
gemfibrozil/	\$0 (Tier 2)	MO
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS		
atorvastatin calcium	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
fluvastatin caps	\$0 (Tier 1)	QL (60 EA per 30 days) MO
fluvastatin sodium <i>er</i> tabs	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
lovastatin	\$0 (Tier 1)	MO
pravastatin sodium	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
rosuvastatin calcium	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
simvastatin	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS		
cholestyramine	\$0 (Tier 4)	MO
cholestyramine <i>light</i>	\$0 (Tier 4)	MO
colesevelam hydrochloride	\$0 (Tier 3)	MO
colestipol hcl/	\$0 (Tier 4)	MO
ezetimibe	\$0 (Tier 4)	MO
ezetimibe/simvastatin	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
FENOFIBRIC ACID TABS	\$0 (Tier 3)	
JUXTAPID	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
niacin <i>er</i> tbc 1000mg, 750mg	\$0 (Tier 4)	MO
niacin <i>er</i> tbc 500mg	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) MO
niacin tabs 500mg	\$0 (Tier 4)	MO

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado MO - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
niacor	\$0 (Tier 4)	MO
omega-3-acid ethyl esters	\$0 (Tier 4)	QL (120 EA per 30 days) MO
PRALUENT	\$0 (Tier 3)	PA MO
prevalite	\$0 (Tier 4)	MO
VASCEPA	\$0 (Tier 4)	MO
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS		
atenolol/chlorthalidone	\$0 (Tier 3)	MO
bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide	\$0 (Tier 2)	MO
metoprolol/hydrochlorothiazide	\$0 (Tier 3)	MO
propranolol/hydrochlorothiazide	\$0 (Tier 2)	MO
BETA-BLOCKERS		
acebutolol hcl caps 200mg	\$0 (Tier 2)	MO
acebutolol hydrochloride caps 400mg	\$0 (Tier 2)	MO
atenolo/	\$0 (Tier 1)	MO
betaxolol hcl tabs 10mg, 20mg	\$0 (Tier 3)	MO
bisoprolol fumarate	\$0 (Tier 2)	MO
BYSTOLIC TABS 10MG, 2.5MG, 5MG	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
BYSTOLIC TABS 20MG	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) MO
carvedilol phosphate er caps	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
carvedilol tabs	\$0 (Tier 1)	MO
labetalol hydrochloride tabs	\$0 (Tier 3)	MO
labetalol hydrochloride inj 5mg/ml	\$0 (Tier 4)	MO
metoprolol succinate er	\$0 (Tier 2)	MO
metoprolol tartrate tabs	\$0 (Tier 1)	MO
metoprolol tartrate cartridge 5mg/5ml	\$0 (Tier 4)	
metoprolol tartrate vial 5mg/5ml	\$0 (Tier 4)	MO
nadolo/	\$0 (Tier 4)	MO
pindolo/	\$0 (Tier 3)	MO
propranolol hcl er caps 120mg, 160mg	\$0 (Tier 4)	MO
propranolol hcl oral soln, tabs 40mg, 80mg	\$0 (Tier 3)	MO
propranolol hcl inj	\$0 (Tier 4)	
propranolol hydrochloride er caps 60mg, 80mg	\$0 (Tier 4)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg	\$0 (Tier 3)	MO
timolol maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg	\$0 (Tier 1)	MO
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS		
afeditab cr tb24 30mg	\$0 (Tier 3)	
amlodipine besylate	\$0 (Tier 1)	MO
cartia xt	\$0 (Tier 2)	
dilt-xr	\$0 (Tier 2)	MO
diltiazem hcl cd	\$0 (Tier 2)	MO
diltiazem hcl er caps, tabs	\$0 (Tier 2)	MO
diltiazem hcl tabs	\$0 (Tier 2)	MO
DILTIAZEM HCL INJ 100MG	\$0 (Tier 4)	
diltiazem hcl inj 125mg/25ml, 50mg/10ml	\$0 (Tier 4)	
diltiazem hydrochloride inj 25mg/5ml	\$0 (Tier 4)	
felodipine er	\$0 (Tier 4)	MO
isradipine	\$0 (Tier 2)	MO
matzim la	\$0 (Tier 2)	MO
nicardipine hcl caps	\$0 (Tier 4)	MO
nifedical x/	\$0 (Tier 3)	
nifedipine er	\$0 (Tier 3)	MO
nimodipine	\$0 (Tier 4)	MO
nisoldipine er	\$0 (Tier 4)	MO
NYMALIZE	\$0 (Tier 5)	
taztia xt	\$0 (Tier 2)	
tiadylt er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	\$0 (Tier 2)	
tiadylt er cp24 420mg	\$0 (Tier 2)	MO
verapamil hcl 40mg, 80mg	\$0 (Tier 1)	MO
verapamil hcl er caps 100mg, 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	\$0 (Tier 2)	MO
VERAPAMIL HCL SR CP24 360MG	\$0 (Tier 3)	MO
verapamil hcl sr cp24 120mg, 180mg, 240mg	\$0 (Tier 2)	MO
verapamil hcl sr tbcR 240mg	\$0 (Tier 2)	MO

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado MO - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
verapamil hydrochloride er caps 200mg	\$0 (Tier 2)	MO
verapamil hydrochloride tabs 120mg	\$0 (Tier 1)	MO
verapamil hcl inj 2.5mg/ml	\$0 (Tier 4)	MO
DIURETICS		
acetazolamide er caps	\$0 (Tier 4)	MO
acetazolamide tabs	\$0 (Tier 3)	MO
amiloride hcl	\$0 (Tier 3)	MO
amiloride/hydrochlorothiazide	\$0 (Tier 2)	MO
bumetanide	\$0 (Tier 3)	MO
chlorthalidone	\$0 (Tier 2)	MO
furosemide oral soln, tabs	\$0 (Tier 1)	MO
furosemide inj	\$0 (Tier 4)	MO
hydrochlorothiazide	\$0 (Tier 1)	MO
indapamide	\$0 (Tier 2)	MO
methazolamide	\$0 (Tier 4)	MO
metolazone	\$0 (Tier 4)	MO
spironolactone/hydrochlorothiazide	\$0 (Tier 3)	MO
toremide	\$0 (Tier 3)	MO
triamterene/hydrochlorothiazide	\$0 (Tier 1)	MO
MISCELLANEOUS		
aliskiren	\$0 (Tier 4)	MO
amlodipine besylate/atorvastatin calcium	\$0 (Tier 1)	MO
BIDIL	\$0 (Tier 4)	MO
clonidine hcl weekly patch	\$0 (Tier 3)	QL (8 EA per 28 days) MO
clonidine hydrochloride tabs	\$0 (Tier 2)	MO
CORLANOR SOLN	\$0 (Tier 4)	
CORLANOR TABS	\$0 (Tier 4)	MO
DEMSEER	\$0 (Tier 5)	PA MO
digitek	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days)
digox	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days)
digoxin oral soln	\$0 (Tier 3)	MO
digoxin tabs	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
digoxin inj	\$0 (Tier 4)	MO
guanfacine hcl/	\$0 (Tier 4)	PA MO
hydralazine hcl tabs 10mg	\$0 (Tier 2)	MO
hydralazine hcl inj	\$0 (Tier 4)	MO
hydralazine hydrochloride tabs 100mg, 25mg, 50mg	\$0 (Tier 2)	MO
methyldopa	\$0 (Tier 4)	PA MO
midodrine hcl/	\$0 (Tier 4)	MO
minoxidil/	\$0 (Tier 2)	MO
NORTHERA CAPS 200MG, 300MG	\$0 (Tier 5)	QL (180 EA per 30 days) PA LA
NORTHERA CAPS 100MG	\$0 (Tier 5)	QL (90 EA per 30 days) PA LA
ranolazine er	\$0 (Tier 3)	MO
NITRATES		
isosorbide dinitrate tabs 10mg, 20mg, 30mg, 5mg	\$0 (Tier 3)	MO
isosorbide dinitrate immediate release tabs 40mg	\$0 (Tier 4)	MO
isosorbide mononitrate er tabs	\$0 (Tier 2)	MO
isosorbide mononitrate immediate release tabs	\$0 (Tier 1)	MO
minitran	\$0 (Tier 2)	
NITRO-BID	\$0 (Tier 3)	MO
NITRO-DUR	\$0 (Tier 4)	MO
nitroglycerin lingual spray 0.4mg	\$0 (Tier 4)	MO
nitroglycerin patch	\$0 (Tier 2)	MO
NITROGLYCERIN INJ	\$0 (Tier 4)	
nitroglycerin subl	\$0 (Tier 3)	MO
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION		
ADEMPAS	\$0 (Tier 5)	QL (90 EA per 30 days) PA LA
alyq	\$0 (Tier 5)	PA
ambrisentan	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) PA
bosentan tabs 62.5mg	\$0 (Tier 5)	QL (120 EA per 30 days) PA
bosentan tabs 125mg	\$0 (Tier 5)	QL (60 EA per 30 days) PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
epoprostenol sodium	\$0 (Tier 4)	B/D LA
OPSUMIT	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) PA LA
sildenafil inj	\$0 (Tier 5)	QL (1125 ML per 30 days) PA
sildenafil citrate tabs 20mg	\$0 (Tier 3)	QL (90 EA per 30 days) PA
tadalafil (generic adcirca) tabs 20mg	\$0 (Tier 5)	PA
TRACLEER TABS FOR ORAL SUSP	\$0 (Tier 5)	QL (120 EA per 30 days) PA
treprostitni/	\$0 (Tier 5)	PA
VENTAVIS	\$0 (Tier 5)	PA

CENTRAL NERVOUS SYSTEM

ANTI-ANXIETY

alprazolam er tb24 0.5mg, 1mg	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
alprazolam er tb24 3mg	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) MO
alprazolam er tb24 2mg	\$0 (Tier 4)	QL (90 EA per 30 days) MO
ALPRAZOLAM INTENSOL	\$0 (Tier 4)	QL (300 ML per 30 days) MO
alprazolam tabs 0.25mg, 0.5mg	\$0 (Tier 3)	QL (120 EA per 30 days) MO
alprazolam tabs 1mg, 2mg	\$0 (Tier 3)	QL (150 EA per 30 days) MO
buspirone hcl	\$0 (Tier 2)	MO
buspirone hydrochloride	\$0 (Tier 2)	MO
chlordiazepoxide hcl tabs 10mg, 5mg	\$0 (Tier 4)	QL (120 EA per 30 days) MO
chlordiazepoxide hydrochloride tabs 25mg	\$0 (Tier 4)	QL (120 EA per 30 days) MO
fluvoxamine maleate er	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) MO
fluvoxamine maleate tabs	\$0 (Tier 3)	MO
lorazepam conc	\$0 (Tier 2)	QL (150 ML per 30 days) MO
lorazepam inj	\$0 (Tier 4)	QL (150 ML per 30 days) MO
lorazepam tabs 0.5mg	\$0 (Tier 2)	QL (120 EA per 30 days) MO
lorazepam tabs 1mg, 2mg	\$0 (Tier 2)	QL (150 EA per 30 days) MO
meprobamate	\$0 (Tier 4)	PA MO
oxazepam	\$0 (Tier 4)	QL (120 EA per 30 days) MO

ANTI-CONVULSANTS

APTIOM	\$0 (Tier 5)	MO
BANZEL	\$0 (Tier 5)	PA MO
BRIVIACT INJ	\$0 (Tier 5)	PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BRIVIACT ORAL SOLN, TABS	\$0 (Tier 5)	PA MO
carbamazepine	\$0 (Tier 2)	MO
carbamazepine <i>er</i>	\$0 (Tier 4)	MO
CELONTIN	\$0 (Tier 4)	MO
clobazam tabs	\$0 (Tier 4)	PA MO
clobazam susp	\$0 (Tier 5)	PA MO
clonazepam odt tbdp 2mg	\$0 (Tier 3)	QL (300 EA per 30 days) MO
clonazepam odt tbdp 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg	\$0 (Tier 3)	QL (90 EA per 30 days) MO
clonazepam tabs 2mg	\$0 (Tier 2)	QL (300 EA per 30 days) MO
clonazepam tabs 0.5mg, 1mg	\$0 (Tier 2)	QL (90 EA per 30 days) MO
clorazepate dipotassium tabs 15mg	\$0 (Tier 3)	QL (180 EA per 30 days) PA MO
clorazepate dipotassium tabs 3.75mg, 7.5mg	\$0 (Tier 3)	QL (90 EA per 30 days) PA MO
DIAZEPAM RECTAL GEL	\$0 (Tier 4)	MO
diazepam tabs	\$0 (Tier 3)	QL (120 EA per 30 days) PA MO
diazepam oral conc 5mg/ml	\$0 (Tier 3)	QL (240 ML per 30 days) PA MO
diazepam oral soln	\$0 (Tier 4)	QL (1200 ML per 30 days) PA MO
diazepam inj	\$0 (Tier 4)	QL (240 ML per 30 days) PA MO
DILANTIN	\$0 (Tier 4)	MO
DILANTIN INFATABS	\$0 (Tier 4)	MO
DILANTIN-125	\$0 (Tier 4)	MO
divalproex sodium <i>dr</i>	\$0 (Tier 3)	MO
divalproex sodium <i>er</i>	\$0 (Tier 4)	MO
divalproex sodium sprinkle caps	\$0 (Tier 3)	MO
EPIDIOLEX	\$0 (Tier 5)	QL (600 ML per 30 days) PA LA
epito/	\$0 (Tier 4)	
ethosuximide caps	\$0 (Tier 3)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ethosuximide soln	\$0 (Tier 4)	MO
felbamate	\$0 (Tier 4)	MO
FINTEPLA	\$0 (Tier 5)	QL (360 ML per 30 days) PA
fosphenytoin sodium inj 100mg pe/2m/	\$0 (Tier 4)	
fosphenytoin sodium inj 500mg pe/10ml	\$0 (Tier 4)	MO
FYCOMPA SUSP	\$0 (Tier 5)	QL (720 ML per 30 days) PA MO
FYCOMPA TABS 2MG	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
FYCOMPA TABS 10MG, 12MG, 8MG	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
FYCOMPA TABS 4MG, 6MG	\$0 (Tier 5)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
gabapentin caps 300mg	\$0 (Tier 3)	QL (360 EA per 30 days) MO
gabapentin caps 100mg, 400mg	\$0 (Tier 3)	QL (90 EA per 30 days) MO
gabapentin soln	\$0 (Tier 3)	QL (2160 ML per 30 days) MO
gabapentin tabs 600mg	\$0 (Tier 3)	QL (180 EA per 30 days) MO
gabapentin tabs 800mg	\$0 (Tier 3)	QL (90 EA per 30 days) MO
lamotrigine	\$0 (Tier 2)	MO
lamotrigine <i>er</i>	\$0 (Tier 4)	MO
lamotrigine <i>odt</i>	\$0 (Tier 4)	MO
lamotrigine starter kit/ <i>blue</i>	\$0 (Tier 4)	MO
lamotrigine starter kit/ <i>green</i>	\$0 (Tier 4)	MO
lamotrigine starter kit/ <i>orange</i>	\$0 (Tier 4)	MO
levetiracetam <i>er</i>	\$0 (Tier 4)	MO
levetiracetam/sodium chloride	\$0 (Tier 4)	
levetiracetam oral soln, tabs	\$0 (Tier 2)	MO
levetiracetam inj	\$0 (Tier 4)	
NAYZILAM	\$0 (Tier 4)	QL (10 EA per 30 days) PA MO
oxcarbazepine tabs	\$0 (Tier 3)	MO
oxcarbazepine susp	\$0 (Tier 4)	MO
PEGANONE	\$0 (Tier 4)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PHENOBARBITAL SODIUM INJ	\$0 (Tier 4)	PA
PHENOBARBITAL TABS	\$0 (Tier 4)	QL (120 EA per 30 days) PA MO
PHENOBARBITAL ELIX	\$0 (Tier 4)	QL (1500 ML per 30 days) PA MO
PHENYTEK	\$0 (Tier 4)	MO
phenytoin chew, susp	\$0 (Tier 3)	MO
phenytoin sodium extended	\$0 (Tier 3)	MO
phenytoin sodium inj	\$0 (Tier 4)	
pregabalin caps 100mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg	\$0 (Tier 3)	QL (120 EA per 30 days) PA MO
pregabalin caps 225mg, 300mg	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
pregabalin caps 200mg	\$0 (Tier 3)	QL (90 EA per 30 days) PA MO
pregabalin soln	\$0 (Tier 3)	QL (900 ML per 30 days) PA MO
primidone	\$0 (Tier 2)	MO
roweepra	\$0 (Tier 2)	
roweepra xr	\$0 (Tier 4)	
SPRITAM	\$0 (Tier 4)	PA MO
subvenite	\$0 (Tier 2)	
subvenite starter kit/blue	\$0 (Tier 4)	
subvenite starter kit/green	\$0 (Tier 4)	
subvenite starter kit/orange	\$0 (Tier 4)	
SYMPAZAN FILM 5MG	\$0 (Tier 4)	PA MO
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	\$0 (Tier 5)	PA MO
tiagabine hydrochloride tabs	\$0 (Tier 4)	MO
topiramate	\$0 (Tier 2)	MO
TOPIRAMATE ER	\$0 (Tier 4)	MO
valproate sodium inj 100mg/ml	\$0 (Tier 4)	
valproic acid caps, soln	\$0 (Tier 2)	MO
VALTOCO	\$0 (Tier 4)	QL (10 EA per 30 days) PA
vigabatrin	\$0 (Tier 5)	QL (180 EA per 30 days) PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
vigadrone	\$0 (Tier 4)	QL (180 EA per 30 days) PA
VIMPAT INJ	\$0 (Tier 5)	
VIMPAT ORAL SOLN	\$0 (Tier 5)	MO
VIMPAT TABS 50MG	\$0 (Tier 4)	MO
VIMPAT TABS 100MG, 150MG, 200MG	\$0 (Tier 5)	MO
XCOPRI TABS 150MG	\$0 (Tier 5)	
XCOPRI TABS 100MG, 200MG, 50MG	\$0 (Tier 5)	MO
XCOPRI TITRATION PACK 12.5MG-25MG	\$0 (Tier 4)	MO
XCOPRI MAINTENACE PACK	\$0 (Tier 5)	
XCOPRI TITRATION PACK 50MG-100MG, 150MG-200MG	\$0 (Tier 5)	MO
zonisamide	\$0 (Tier 2)	MO
ANTIDEMENTIA		
donepezil hcl odt tabs 5mg, 10mg	\$0 (Tier 2)	QL (30 EA per 30 days) MO
donepezil hcl tabs 10mg	\$0 (Tier 2)	QL (60 EA per 30 days) MO
donepezil hcl tabs 23mg	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
donepezil hydrochloride tabs 5mg	\$0 (Tier 2)	QL (30 EA per 30 days) MO
galantamine hydrobromide er	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
galantamine hydrobromide soln	\$0 (Tier 4)	QL (200 ML per 30 days) MO
galantamine hydrobromide tabs	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) MO
MEMANTINE HCL TITRATION PAK	\$0 (Tier 3)	QL (98 EA per 365 days) PA MO
memantine hydrochloride er	\$0 (Tier 4)	PA MO
memantine hydrochloride soln	\$0 (Tier 3)	QL (360 ML per 30 days) PA MO
memantine hydrochloride tabs	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
NAMZARIC	\$0 (Tier 4)	MO
rivastigmine tartrate caps	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) MO
rivastigmine patch	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
ANTIDEPRESSANTS		
amitriptyline hcl	\$0 (Tier 3)	PA MO
amitriptyline hydrochloride tabs 10mg, 50mg	\$0 (Tier 3)	PA MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
amoxapine	\$0 (Tier 3)	MO
bupropion hcl tabs 100mg	\$0 (Tier 3)	QL (180 EA per 30 days) MO
bupropion hydrochloride er (sr) tb12 100mg, 150mg, 200mg	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150mg, 300mg	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
bupropion hydrochloride tabs 75mg	\$0 (Tier 3)	QL (180 EA per 30 days) MO
citalopram hydrobromide soln	\$0 (Tier 3)	QL (600 ML per 30 days) MO
citalopram hydrobromide tabs 10mg	\$0 (Tier 1)	QL (120 EA per 30 days) MO
citalopram hydrobromide tabs 40mg	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
citalopram hydrobromide tabs 20mg	\$0 (Tier 1)	QL (60 EA per 30 days) MO
clomipramine hcl caps	\$0 (Tier 4)	PA MO
desipramine hcl	\$0 (Tier 4)	MO
DESVENLAFAXINE ER (GENERIC KHEDEZLA) TB24 100MG, 50MG	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
desvenlafaxine er (generic Pristiq) tb24 100mg, 25mg, 50mg	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
doxepin hcl caps 10mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg, oral conc 10mg/ml	\$0 (Tier 3)	PA MO
doxepin hydrochloride caps 25mg	\$0 (Tier 3)	PA MO
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 30MG, 60MG	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 40MG	\$0 (Tier 4)	QL (90 EA per 30 days) PA MO
duloxetine hydrochloride caps 20mg, 30mg, 60mg	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
EMSAM	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
escitalopram oxalate soln	\$0 (Tier 3)	QL (600 ML per 30 days) MO
escitalopram oxalate tabs 20mg	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
escitalopram oxalate tabs 10mg, 5mg	\$0 (Tier 3)	QL (45 EA per 30 days) MO
FETZIMA TITRATION PACK	\$0 (Tier 4)	PA MO
FETZIMA CP24 120MG, 80MG	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) PA MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FETZIMA CP24 20MG, 40MG	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
fluoxetine dr caps 90mg	\$0 (Tier 4)	QL (4 EA per 28 days) MO
fluoxetine hcl caps 20mg	\$0 (Tier 2)	QL (120 EA per 30 days) MO
fluoxetine hydrochloride caps 10mg	\$0 (Tier 2)	QL (30 EA per 30 days) MO
fluoxetine hydrochloride caps 40mg	\$0 (Tier 2)	QL (60 EA per 30 days) MO
fluoxetine hydrochloride soln	\$0 (Tier 2)	MO
fluoxetine hydrochloride (generic Prozac) tabs 10mg, 20mg	\$0 (Tier 2)	MO
fluoxetine hydrochloride tabs 60mg	\$0 (Tier 3)	MO
imipramine hcl tabs 25mg, 50mg	\$0 (Tier 3)	PA MO
imipramine hydrochloride tabs 10mg	\$0 (Tier 3)	PA MO
imipramine pamoate	\$0 (Tier 4)	PA MO
maprotiline hcl	\$0 (Tier 4)	MO
MARPLAN	\$0 (Tier 4)	QL (180 EA per 30 days) MO
mirtazapine	\$0 (Tier 2)	QL (30 EA per 30 days) MO
mirtazapine odt	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
nefazodone hcl tabs 100mg, 150mg	\$0 (Tier 4)	MO
nefazodone hydrochloride tabs 200mg, 250mg, 50mg	\$0 (Tier 4)	MO
nortriptyline hcl	\$0 (Tier 3)	MO
nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg	\$0 (Tier 3)	MO
paroxetine hcl er tb24 37.5mg	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) MO
paroxetine hcl er tb24 12.5mg, 25mg	\$0 (Tier 4)	QL (90 EA per 30 days) MO
paroxetine hcl tabs 30mg, 40mg	\$0 (Tier 2)	QL (60 EA per 30 days) MO
paroxetine hydrochloride tabs 10mg, 20mg	\$0 (Tier 2)	QL (30 EA per 30 days) MO
PAXIL ORAL SUSP	\$0 (Tier 4)	QL (900 ML per 30 days) MO
perphenazine/amitriptyline	\$0 (Tier 4)	PA MO
phenelzine sulfate	\$0 (Tier 3)	MO
protriptyline hcl	\$0 (Tier 4)	MO
sertraline hcl oral conc	\$0 (Tier 3)	QL (300 ML per 30 days) MO
sertraline hcl tabs 25mg	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
sertraline hcl tabs 50mg	\$0 (Tier 1)	QL (60 EA per 30 days) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
sertraline hydrochloride tabs 100mg	\$0 (Tier 1)	QL (60 EA per 30 days) MO
tranylcypromine sulfate	\$0 (Tier 4)	MO
trazodone hydrochloride tabs	\$0 (Tier 1)	MO
trimipramine maleate caps 50mg	\$0 (Tier 4)	QL (120 EA per 30 days) PA MO
trimipramine maleate caps 25mg	\$0 (Tier 4)	QL (240 EA per 30 days) PA MO
trimipramine maleate caps 100mg	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
TRINTELLIX TABS 5MG	\$0 (Tier 4)	QL (120 EA per 30 days) MO
TRINTELLIX TABS 20MG	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
TRINTELLIX TABS 10MG	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) MO
venlafaxine hcl er cp24 37.5mg	\$0 (Tier 2)	QL (30 EA per 30 days) MO
venlafaxine hcl er cp24 150mg	\$0 (Tier 2)	QL (60 EA per 30 days) MO
venlafaxine hcl er tb24 37.5mg	\$0 (Tier 2)	QL (30 EA per 30 days) MO
venlafaxine hcl tabs 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	\$0 (Tier 2)	MO
venlafaxine hydrochloride er cp24 75mg	\$0 (Tier 2)	QL (30 EA per 30 days) MO
venlafaxine hydrochloride er tb24 225mg, 75mg	\$0 (Tier 2)	QL (30 EA per 30 days) MO
venlafaxine hydrochloride er tb24 150mg	\$0 (Tier 2)	QL (60 EA per 30 days) MO
VIIBRYD	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
VIIBRYD STARTER PACK	\$0 (Tier 4)	MO
ZOLOFT ORAL CONC	\$0 (Tier 4)	QL (300 ML per 30 days) MO
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
amantadine hcl tabs	\$0 (Tier 3)	MO
amantadine hcl syrp	\$0 (Tier 4)	MO
amantadine hcl caps	\$0 (Tier 4)	QL (120 EA per 30 days) MO
APOKYN	\$0 (Tier 5)	QL (60 ML per 30 days) PA LA
benztropine mesylate inj	\$0 (Tier 2)	MO
benztropine mesylate tabs	\$0 (Tier 2)	PA MO
bromocriptine mesylate tabs, caps	\$0 (Tier 4)	MO
carbidopa tabs	\$0 (Tier 5)	MO
carbidopa/levodopa	\$0 (Tier 2)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
carbidopa/levodopa <i>er</i>	\$0 (Tier 4)	MO
carbidopa/levodopa <i>odt</i>	\$0 (Tier 3)	MO
CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE	\$0 (Tier 4)	MO
entacapone	\$0 (Tier 4)	MO
NEUPRO	\$0 (Tier 4)	MO
pramipexole dihydrochloride <i>er</i>	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
pramipexole dihydrochloride immediate release tabs	\$0 (Tier 2)	MO
rasagiline mesylate	\$0 (Tier 3)	MO
ropinirole <i>er</i> tb24 6mg	\$0 (Tier 4)	QL (120 EA per 30 days) MO
ropinirole <i>er</i> tb24 4mg	\$0 (Tier 4)	QL (150 EA per 30 days) MO
ropinirole <i>er</i> tb24 2mg	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
ropinirole <i>er</i> tb24 12mg	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) MO
ropinirole <i>er</i> tb24 8mg	\$0 (Tier 4)	QL (90 EA per 30 days) MO
ropinirole hcl immediate release tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg	\$0 (Tier 2)	MO
ropinirole hydrochloride immediate release tabs 0.25mg, 3mg	\$0 (Tier 2)	MO
selegiline hcl tabs, caps	\$0 (Tier 2)	MO
trihexyphenidyl hcl oral soln	\$0 (Tier 2)	PA MO
trihexyphenidyl hydrochloride tabs	\$0 (Tier 2)	PA MO
ANTIPSYCHOTICS		
ABILIFY MAINTENA	\$0 (Tier 5)	QL (1 EA per 28 days) MO
aripiprazole <i>odt</i>	\$0 (Tier 5)	QL (60 EA per 30 days) MO
aripiprazole tabs	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
aripiprazole soln	\$0 (Tier 4)	QL (900 ML per 30 days) MO
ARISTADA INITIO	\$0 (Tier 5)	
ARISTADA INJ 441MG/1.6ML	\$0 (Tier 5)	QL (1.6 ML per 28 days)
ARISTADA INJ 662MG/2.4ML	\$0 (Tier 5)	QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INJ 882MG/3.2ML	\$0 (Tier 5)	QL (3.2 ML per 28 days)
ARISTADA INJ 1064MG/3.9ML	\$0 (Tier 5)	QL (3.9 ML per 56 days)
CAPLYTA	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) PA MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
chlorpromazine hcl tabs	\$0 (Tier 4)	MO
CHLORPROMAZINE HCL INJ 50MG/2ML	\$0 (Tier 4)	
CHLORPROMAZINE HCL INJ 25MG/ML	\$0 (Tier 4)	MO
clozapine	\$0 (Tier 3)	
CLOZAPINE ODT TBDP 200MG	\$0 (Tier 4)	QL (135 EA per 30 days) PA
CLOZAPINE ODT TBDP 150MG	\$0 (Tier 4)	QL (180 EA per 30 days) PA
clozapine odt tbdp 12.5mg, 25mg	\$0 (Tier 4)	PA
clozapine odt tbdp 100mg	\$0 (Tier 4)	QL (270 EA per 30 days) PA
FANAPT TITRATION PACK	\$0 (Tier 4)	PA MO
FANAPT TABS 1MG	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
FANAPT TABS 10MG, 12MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	\$0 (Tier 5)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
fluphenazine decanoate inj	\$0 (Tier 4)	MO
fluphenazine hcl oral conc, tabs	\$0 (Tier 2)	MO
fluphenazine hcl inj	\$0 (Tier 4)	MO
fluphenazine hydrochloride oral elixir	\$0 (Tier 2)	MO
GEODON INJ	\$0 (Tier 4)	QL (6 EA per 3 days) MO
haloperidol tabs, oral conc	\$0 (Tier 3)	MO
haloperidol decanoate inj	\$0 (Tier 4)	MO
haloperidol lactate inj	\$0 (Tier 4)	MO
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	\$0 (Tier 4)	QL (0.25 ML per 28 days) MO
INVEGA SUSTENNA INJ 78MG/0.5ML	\$0 (Tier 5)	QL (0.5 ML per 28 days) MO
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML	\$0 (Tier 5)	QL (0.75 ML per 28 days) MO
INVEGA SUSTENNA INJ 156MG/ML	\$0 (Tier 5)	QL (1 ML per 28 days) MO
INVEGA SUSTENNA INJ 234MG/1.5ML	\$0 (Tier 5)	QL (1.5 ML per 28 days) MO
INVEGA TRINZA INJ 273MG/0.875ML	\$0 (Tier 5)	QL (0.88 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INJ 410MG/1.315ML	\$0 (Tier 5)	QL (1.32 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INJ 546MG/1.75ML	\$0 (Tier 5)	QL (1.75 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INJ 819MG/2.625ML	\$0 (Tier 5)	QL (2.63 ML per 90 days)
LATUDA TABS 120MG, 20MG, 40MG, 60MG	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) MO
LATUDA TABS 80MG	\$0 (Tier 5)	QL (60 EA per 30 days) MO
loxapine caps 10mg	\$0 (Tier 3)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
loxapine succinate	\$0 (Tier 3)	MO
molindone hydrochloride	\$0 (Tier 3)	
NUPLAZID	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) PA LA
olanzapine odt	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
olanzapine inj	\$0 (Tier 4)	QL (3 EA per 1 days) MO
olanzapine tabs 10mg, 15mg, 20mg, 5mg, 7.5mg	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
olanzapine tabs 2.5mg	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
paliperidone er tb24 1.5mg, 3mg	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
paliperidone er tb24 6mg	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) MO
paliperidone er tb24 9mg	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) MO
perphenazine	\$0 (Tier 4)	MO
PERSERIS	\$0 (Tier 5)	QL (1 EA per 30 days)
pimozide	\$0 (Tier 4)	MO
quetiapine fumarate er tb24 150mg, 200mg	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
quetiapine fumarate er tb24 300mg, 400mg, 50mg	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
quetiapine fumarate tabs 200mg	\$0 (Tier 3)	QL (120 EA per 30 days) MO
quetiapine fumarate tabs 25mg	\$0 (Tier 3)	QL (180 EA per 30 days) MO
quetiapine fumarate tabs 300mg, 400mg	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
quetiapine fumarate tabs 100mg, 50mg	\$0 (Tier 3)	QL (90 EA per 30 days) MO
REXULTI TABS 3MG, 4MG	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) MO
REXULTI TABS 0.25MG, 0.5MG, 1MG, 2MG	\$0 (Tier 5)	QL (60 EA per 30 days) MO
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG, 25MG	\$0 (Tier 4)	QL (2 EA per 28 days) MO
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG, 50MG	\$0 (Tier 5)	QL (2 EA per 28 days) MO
risperidone odt tbdp 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) MO
risperidone odt tbdp 0.25mg, 0.5mg	\$0 (Tier 4)	QL (90 EA per 30 days) MO
risperidone soln	\$0 (Tier 2)	MO
risperidone tabs 4mg	\$0 (Tier 2)	QL (120 EA per 30 days) MO
risperidone tabs 1mg, 2mg	\$0 (Tier 2)	QL (60 EA per 30 days) MO
risperidone tabs 0.25mg, 0.5mg, 3mg	\$0 (Tier 2)	QL (90 EA per 30 days) MO
SAPHRIS	\$0 (Tier 5)	QL (60 EA per 30 days) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SECUADO	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days)
thioridazine hcl tabs	\$0 (Tier 3)	PA MO
thiothixene	\$0 (Tier 4)	MO
trifluoperazine hc/	\$0 (Tier 4)	MO
VERSACLOZ	\$0 (Tier 5)	QL (600 ML per 30 days) PA
VRAYLAR CAP THERAPY PACK	\$0 (Tier 4)	PA MO
VRAYLAR CAPS 3MG, 4.5MG, 6MG	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
VRAYLAR CAPS 1.5MG	\$0 (Tier 5)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
ziprasidone hcl caps	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
ziprasidone mesylate inj	\$0 (Tier 4)	QL (6 EA per 3 days)
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	\$0 (Tier 4)	QL (2 EA per 28 days) PA
ZYPREXA RELPREVV INJ 405MG	\$0 (Tier 5)	QL (1 EA per 28 days) PA
ZYPREXA RELPREVV INJ 300MG	\$0 (Tier 5)	QL (2 EA per 28 days) PA
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER		
amphetamine/dextroamphetamine er cp24	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
amphetamine/dextroamphetamine tabs 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg, 30mg	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
amphetamine/dextroamphetamine tabs 20mg	\$0 (Tier 3)	QL (90 EA per 30 days) MO
atomoxetine caps 10mg, 18mg, 25mg	\$0 (Tier 4)	QL (120 EA per 30 days) MO
atomoxetine caps 100mg, 60mg, 80mg	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
atomoxetine caps 40mg	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) MO
dexmethylphenidate hcl er caps	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
dexmethylphenidate hcl tabs 5mg, 10mg	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) MO
dexmethylphenidate hydrochloride tabs 2.5mg	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) MO
dextroamphetamine sulfate er	\$0 (Tier 4)	QL (120 EA per 30 days) MO
dextroamphetamine sulfate tabs	\$0 (Tier 4)	QL (180 EA per 30 days) MO
dextroamphetamine sulfate soln	\$0 (Tier 4)	QL (1800 ML per 30 days) MO
guanfacine er	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
metadate er	\$0 (Tier 4)	QL (90 EA per 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
methylphenidate hydrochloride cd er caps 10mg, 20mg, 50mg, 60mg	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
methylphenidate hydrochloride er cp24 (generic ritalin la) 60mg	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
methylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 15mg, 50mg, 60mg	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days)
methylphenidate hydrochloride er cp24 (generic Ritalin LA) 10mg, 20mg, 40mg	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
methylphenidate hydrochloride er cp24 (generic Ritalin LA) 30mg	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) MO
methylphenidate hydrochloride er tb24 18mg, 27mg, 36mg, 54mg	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days)
methylphenidate hydrochloride cd er caps 30mg, 40mg	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER TBCR 72MG	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
methylphenidate hydrochloride er tbcr (generic Concerta) 18mg, 27mg, 36mg, 54mg	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
methylphenidate hydrochloride er tbcr 10mg, 20mg	\$0 (Tier 4)	QL (90 EA per 30 days) MO
methylphenidate hydrochloride tabs	\$0 (Tier 3)	QL (90 EA per 30 days) MO
methylphenidate hydrochloride chewable tabs	\$0 (Tier 4)	QL (180 EA per 30 days) MO
methylphenidate hydrochloride oral soln 5mg/5m/	\$0 (Tier 4)	QL (1800 ML per 30 days) MO
methylphenidate hydrochloride oral soln 10mg/5m/	\$0 (Tier 4)	QL (900 ML per 30 days) MO
VYVANSE	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
zenzedi tabs 10mg, 5mg	\$0 (Tier 4)	QL (180 EA per 30 days)
HYPNOTICS		
BELSOMRA	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
doxepin hydrochloride tabs 3mg, 6mg	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
eszopiclone	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
HETLIOZ	\$0 (Tier 5)	PA LA MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
temazepam	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
triazolam	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) MO
zaleplon caps 5mg	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
zaleplon caps 10mg	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
zolpidem tartrate immediate release tabs	\$0 (Tier 2)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
zolpidem tartrate sublingual	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
MIGRAINE		
AIMOVIG	\$0 (Tier 3)	QL (1 ML per 30 days) PA
almotriptan malate	\$0 (Tier 4)	QL (8 EA per 30 days) MO
dihydroergotamine mesylate inj	\$0 (Tier 4)	PA MO
dihydroergotamine mesylate nasal soln	\$0 (Tier 5)	QL (8 ML per 30 days) PA MO
eletriptan hydrobromide	\$0 (Tier 3)	QL (12 EA per 30 days) MO
ergotamine tartrate/caffeine	\$0 (Tier 3)	MO
frovatriptan succinate	\$0 (Tier 4)	QL (12 EA per 30 days) MO
naratriptan hcl	\$0 (Tier 3)	QL (9 EA per 30 days) MO
rizatriptan benzoate odt	\$0 (Tier 3)	QL (12 EA per 30 days) MO
rizatriptan benzoate tabs	\$0 (Tier 3)	QL (12 EA per 30 days) MO
sumatriptan nasal spray	\$0 (Tier 2)	QL (12 EA per 30 days) MO
sumatriptan succinate refill	\$0 (Tier 4)	QL (4 ML per 30 days) MO
sumatriptan succinate tabs	\$0 (Tier 2)	QL (9 EA per 30 days) MO
sumatriptan succinate prefilled syringe 6mg/0.5ml	\$0 (Tier 4)	QL (4 ML per 30 days)
sumatriptan succinate inj 4mg/0.5ml, 6mg/0.5ml	\$0 (Tier 4)	QL (4 ML per 30 days) MO
sumatriptan/naproxen sodium	\$0 (Tier 4)	QL (9 EA per 30 days) MO
zolmitriptan odt	\$0 (Tier 4)	QL (6 EA per 30 days) MO
zolmitriptan tabs	\$0 (Tier 4)	QL (6 EA per 30 days) MO

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado MO - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 12MG, 9MG	\$0 (Tier 5)	QL (120 EA per 30 days) PA LA
AUSTEDO TABS 6MG	\$0 (Tier 5)	QL (60 EA per 30 days) PA LA
GUANIDINE HCL	\$0 (Tier 4)	
lithium carbonate caps, tabs	\$0 (Tier 1)	MO
lithium carbonate er	\$0 (Tier 4)	MO
LITHIUM ORAL SOLN	\$0 (Tier 4)	MO
LYRICA CR	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
NUEDEXTA	\$0 (Tier 5)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
pyridostigmine bromide tabs 60mg, 30mg	\$0 (Tier 3)	MO
pyridostigmine bromide er	\$0 (Tier 3)	MO
riluzole	\$0 (Tier 3)	MO
tetrabenazine tabs 25mg	\$0 (Tier 5)	QL (120 EA per 30 days) PA
tetrabenazine tabs 12.5mg	\$0 (Tier 5)	QL (90 EA per 30 days) PA
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BETASERON	\$0 (Tier 5)	QL (14 EA per 28 days) PA
COPAXONE INJ 40MG/ML	\$0 (Tier 5)	QL (12 ML per 28 days) PA
COPAXONE INJ 20MG/ML	\$0 (Tier 5)	QL (30 ML per 30 days) PA
dalfampridine er	\$0 (Tier 5)	PA
GILENYA CAPS 0.5MG	\$0 (Tier 5)	QL (28 EA per 28 days) PA
REBIF	\$0 (Tier 5)	QL (6 ML per 28 days) PA
REBIF REBIDOSE	\$0 (Tier 5)	QL (6 ML per 28 days) PA
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	\$0 (Tier 5)	QL (8.4 ML per 365 days) PA
REBIF TITRATION PACK	\$0 (Tier 5)	QL (8.4 ML per 365 days) PA
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS		
baclofen tabs	\$0 (Tier 3)	MO
CHLORZOXAZONE TABS 250MG	\$0 (Tier 3)	QL (180 EA per 30 days) PA
chlorzoxazone tabs 500mg	\$0 (Tier 3)	QL (180 EA per 30 days) PA MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
cyclobenzaprine hydrochloride tabs 10mg, 5mg	\$0 (Tier 3)	QL (90 EA per 30 days) PA MO
dantrolene sodium caps 25mg, 50mg, 100mg	\$0 (Tier 4)	MO
tizanidine hcl caps, tabs (2mg)	\$0 (Tier 2)	MO
tizanidine hydrochloride tabs 4mg	\$0 (Tier 2)	MO
NARCOLEPSY/CATAPLEXY		
armodafinil/	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
modafinil tabs 100mg	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
modafinil tabs 200mg	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
XYREM	\$0 (Tier 5)	QL (540 ML per 30 days) PA LA MO
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC		
acamprosate calcium dr	\$0 (Tier 4)	MO
buprenorphine hcl subl 2mg, 8mg	\$0 (Tier 2)	QL (90 EA per 30 days) PA MO
buprenorphine hcl/naloxone hcl subl tabs	\$0 (Tier 2)	QL (90 EA per 30 days) MO
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) MO
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg, 4mg; 1mg, 8mg; 2mg	\$0 (Tier 4)	QL (90 EA per 30 days) MO
bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
CHANTIX	\$0 (Tier 4)	PA MO
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK	\$0 (Tier 4)	PA MO
CHANTIX STARTING MONTH PAK	\$0 (Tier 4)	PA MO
disulfiram tabs	\$0 (Tier 4)	MO
naloxone hcl cartridge 0.4mg/ml	\$0 (Tier 2)	
naloxone hcl inj 4mg/10ml	\$0 (Tier 2)	MO
naloxone hcl inj 2mg/2ml	\$0 (Tier 3)	
naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml	\$0 (Tier 2)	MO
naltrexone hcl tabs	\$0 (Tier 3)	MO

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado MO - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NARCAN	\$0 (Tier 3)	MO
NICOTROL INHALER	\$0 (Tier 4)	MO
NICOTROL NASAL SPRAY	\$0 (Tier 4)	MO
VIVITROL	\$0 (Tier 5)	

ENDOCRINE AND METABOLIC

ANDROGENS

ANADROL-50	\$0 (Tier 5)	PA MO
ANDRODERM	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
oxandrolone tabs 2.5mg	\$0 (Tier 3)	QL (120 EA per 30 days) PA MO
oxandrolone tabs 10mg	\$0 (Tier 5)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
testosterone cypionate inj	\$0 (Tier 4)	PA MO
testosterone enanthate inj	\$0 (Tier 4)	PA MO
testosterone pump gel 1% (12.5mg/act)	\$0 (Tier 3)	QL (300 GM per 30 days) PA MO
testosterone pump gel 2% (10mg/act)	\$0 (Tier 3)	QL (120 GM per 30 days) PA MO
testosterone gel 1% (25mg/2.5gm, 50mg/5gm)	\$0 (Tier 3)	QL (300 GM per 30 days) PA MO
testosterone topical soln 30mg/act	\$0 (Tier 3)	QL (180 ML per 30 days) PA MO

ANTIDIABETICS, INSULINS

BD ALCOHOL SWABS	\$0 (Tier 1)	MO
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16"	\$0 (Tier 1)	MO
BASAGLAR KWIKPEN	\$0 (Tier 3)	MO
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	\$0 (Tier 1)	MO
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 1/2"	\$0 (Tier 1)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 5/16"	\$0 (Tier 1)	MO
NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/TRIVIDIA PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE	\$0 (Tier 1)	MO
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC INSULIN SYRINGE ULTRA-AFINE/0.3ML/31G X 6MM	\$0 (Tier 1)	MO
CURITY GAUZE PADS 2"X2"	\$0 (Tier 1)	MO
FIASP	\$0 (Tier 3)	MO
FIASP FLEXTOUCH	\$0 (Tier 3)	MO
FIASP PENFILL	\$0 (Tier 3)	MO
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	\$0 (Tier 5)	B/D MO
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	\$0 (Tier 5)	MO
LEVEMIR	\$0 (Tier 3)	MO
LEVEMIR FLEXTOUCH	\$0 (Tier 3)	MO
NOVOLIN 70/30 (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Tier 3)	MO
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Tier 3)	MO
NOVOLIN N (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Tier 3)	MO
NOVOLIN N FLEXPEN (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Tier 3)	MO
NOVOLIN R (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Tier 3)	MO
NOVOLIN R FLEXPEN (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Tier 3)	MO
NOVOLOG	\$0 (Tier 3)	MO
NOVOLOG FLEXPEN	\$0 (Tier 3)	MO
NOVOLOG MIX 70/30	\$0 (Tier 3)	MO
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	\$0 (Tier 3)	MO
NOVOLOG PENFILL	\$0 (Tier 3)	MO
SOLIQUA 100/33	\$0 (Tier 3)	QL (30 ML per 30 days) MO
TRESIBA	\$0 (Tier 3)	MO
TRESIBA FLEXTOUCH	\$0 (Tier 3)	MO
XULTOPHY 100/3.6	\$0 (Tier 3)	QL (15 ML per 30 days) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
------------------------	-------------------------------	---

ANTIDIABETICS

acarbose tabs	\$0 (Tier 1)	QL (90 EA per 30 days) MO
BYDUREON BCISE	\$0 (Tier 3)	QL (3.4 ML per 28 days) MO
BYDUREON PEN	\$0 (Tier 3)	QL (4 EA per 28 days) MO
BYETTA INJ 5MCG/0.02ML	\$0 (Tier 4)	QL (1.2 ML per 30 days) MO
BYETTA INJ 10MCG/0.04ML	\$0 (Tier 4)	QL (2.4 ML per 30 days) MO
FARXIGA	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
glimepiride tabs 4mg	\$0 (Tier 1)	QL (60 EA per 30 days) MO
glimepiride tabs 1mg, 2mg	\$0 (Tier 1)	QL (90 EA per 30 days) MO
glipizide er tb24 10mg	\$0 (Tier 1)	QL (60 EA per 30 days) MO
glipizide er tb24 2.5mg, 5mg	\$0 (Tier 1)	QL (90 EA per 30 days) MO
glipizide xl tb24 10mg	\$0 (Tier 1)	QL (60 EA per 30 days) MO
glipizide xl tb24 2.5mg, 5mg	\$0 (Tier 1)	QL (90 EA per 30 days) MO
glipizide/metformin hydrochloride tabs 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg	\$0 (Tier 1)	QL (120 EA per 30 days) MO
glipizide/metformin hydrochloride tabs 2.5mg; 250mg	\$0 (Tier 1)	QL (240 EA per 30 days) MO
glipizide tabs 10mg	\$0 (Tier 1)	QL (120 EA per 30 days) MO
glipizide tabs 5mg	\$0 (Tier 1)	QL (240 EA per 30 days) MO
GLYXAMBI	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
JANUMET	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
JANUMET XR TB24 1000MG; 100MG	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
JANUMET XR TB24 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
JANUVIA	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
JARDIANCE TABS 25MG	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
JARDIANCE TABS 10MG	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
JENTADUETO	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
JENTADUETO XR TB24 5MG; 1000MG	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
JENTADUETO XR TB24 2.5MG; 1000MG	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
metformin hydrochloride er tb24 (generic Glucophage XR) 500mg	\$0 (Tier 1)	QL (120 EA per 30 days) MO
metformin hydrochloride er tb24 (generic Glucophage XR) 750mg	\$0 (Tier 1)	QL (60 EA per 30 days) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
metformin hydrochloride er tb24 (generic Glumetza and Fortamet) 500mg	\$0 (Tier 4)	QL (120 EA per 30 days) PA MO
metformin hydrochloride tabs 500mg	\$0 (Tier 1)	QL (150 EA per 30 days) MO
metformin hydrochloride tabs 1000mg	\$0 (Tier 1)	QL (75 EA per 30 days) MO
metformin hydrochloride tabs 850mg	\$0 (Tier 1)	QL (90 EA per 30 days) MO
miglitolo/	\$0 (Tier 4)	QL (90 EA per 30 days) MO
nateglinide	\$0 (Tier 1)	QL (90 EA per 30 days) MO
OZEMPIC INJ 2MG/1.5ML (0.25MG AND 0.5MG DOSE)	\$0 (Tier 3)	QL (1.5 ML per 28 days) MO
OZEMPIC INJ 2MG/1.5ML (1 MG DOSE)	\$0 (Tier 3)	QL (3 ML per 28 days) MO
pioglitazone hcl tabs 45mg	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
pioglitazone hcl-glimepiride	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
pioglitazone hcl/metformin hcl	\$0 (Tier 1)	QL (90 EA per 30 days) MO
pioglitazone hydrochloride tabs 15mg, 30mg	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
repaglinide tabs 0.5mg, 1mg	\$0 (Tier 1)	QL (120 EA per 30 days) MO
repaglinide tabs 2mg	\$0 (Tier 1)	QL (240 EA per 30 days) MO
SYMLINPEN 120	\$0 (Tier 5)	QL (10.8 ML per 30 days) PA MO
SYMLINPEN 60	\$0 (Tier 5)	QL (12 ML per 30 days) PA MO
SYNJARDY XR TB24 25MG; 1000MG	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
SYNJARDY XR TB24 10MG; 1000MG, 12.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
SYNJARDY TABS 5MG; 500MG	\$0 (Tier 3)	QL (120 EA per 30 days) MO
SYNJARDY TABS 12.5MG; 1000MG, 12.5MG; 500MG, 5MG; 1000MG	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
TRADJENTA	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
TRULICITY	\$0 (Tier 3)	QL (2 ML per 28 days) MO
VICTOZA	\$0 (Tier 3)	QL (9 ML per 30 days) MO
XIGDUO XR TB24 10MG; 1000MG, 10MG; 500MG	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
XIGDUO XR TB24 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado MO - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
------------------------	-------------------------------	---

CALCIUM REGULATORS

alendronate sodium oral soln	\$0 (Tier 1)	MO
alendronate sodium tabs 10mg	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
alendronate sodium tabs 35mg, 70mg	\$0 (Tier 1)	QL (4 EA per 28 days) MO
calcitonin-salmon	\$0 (Tier 3)	MO
FORTEO	\$0 (Tier 5)	PA
ibandronate sodium tabs	\$0 (Tier 3)	QL (1 EA per 30 days) MO
ibandronate sodium inj	\$0 (Tier 4)	QL (3 ML per 90 days) MO
NATPARA	\$0 (Tier 5)	PA
PAMIDRONATE DISODIUM INJ 6MG/ML	\$0 (Tier 4)	
pamidronate disodium inj 30mg/10ml, 30mg, 90mg/10ml, 90mg	\$0 (Tier 4)	
PROLIA	\$0 (Tier 4)	QL (1 ML per 180 days)
risedronate sodium dr tab 35mg	\$0 (Tier 4)	QL (4 EA per 28 days) MO
risedronate sodium tabs 150mg	\$0 (Tier 4)	QL (1 EA per 28 days) MO
risedronate sodium tabs 35mg	\$0 (Tier 4)	QL (12 EA per 84 days) MO
risedronate sodium tabs 30mg, 5mg	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
TYMLOS	\$0 (Tier 5)	PA
XGEVA	\$0 (Tier 5)	PA
ZOLEDRONIC ACID INJ 4MG/100ML	\$0 (Tier 4)	
zoledronic acid inj 4mg/5ml, 5mg/100ml	\$0 (Tier 4)	

CHELATING AGENTS

CHEMET	\$0 (Tier 5)	MO
clovique	\$0 (Tier 5)	PA
deferasirox	\$0 (Tier 5)	PA
kionex	\$0 (Tier 3)	
LOKELMA	\$0 (Tier 3)	MO
penicillamine tabs	\$0 (Tier 5)	MO
sodium polystyrene sulfonate rectal susp	\$0 (Tier 3)	
sodium polystyrene sulfonate powd, oral susp	\$0 (Tier 3)	MO
sps oral susp 15gm/60m/	\$0 (Tier 3)	MO
trientine hydrochloride	\$0 (Tier 5)	PA MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VELTASSA PACK 16.8GM, 25.2GM	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
VELTASSA PACK 8.4GM	\$0 (Tier 4)	QL (90 EA per 30 days) PA MO
CONTRACEPTIVES		
afirmelle	\$0 (Tier 2)	
altavera	\$0 (Tier 2)	
alyacen 1/35	\$0 (Tier 2)	
alyacen 7/7/7	\$0 (Tier 2)	
amethia	\$0 (Tier 2)	
AMETHIA LO	\$0 (Tier 3)	
amethyst	\$0 (Tier 2)	
apri	\$0 (Tier 2)	
aranelle	\$0 (Tier 2)	
ashlyna	\$0 (Tier 2)	
aubra	\$0 (Tier 2)	
aubra eq	\$0 (Tier 2)	
aurovela 1.5/30	\$0 (Tier 2)	
aurovela 24 fe	\$0 (Tier 2)	
aurovela fe 1.5/30	\$0 (Tier 2)	
aurovela fe 1/20	\$0 (Tier 2)	
aviane	\$0 (Tier 2)	
ayuna	\$0 (Tier 2)	
azurette	\$0 (Tier 2)	
balziva	\$0 (Tier 2)	
bekyree	\$0 (Tier 2)	
blisovi 24 fe	\$0 (Tier 2)	MO
blisovi fe 1.5/30	\$0 (Tier 2)	
blisovi fe 1/20	\$0 (Tier 2)	
briellyn	\$0 (Tier 2)	
camila	\$0 (Tier 3)	MO
CAMRESE	\$0 (Tier 3)	
CAMRESE LO	\$0 (Tier 3)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado MO - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
caziant	\$0 (Tier 2)	
chateal	\$0 (Tier 2)	
chateal <i>eq</i>	\$0 (Tier 2)	
cryselle-28	\$0 (Tier 2)	MO
cyclafem 1/35	\$0 (Tier 2)	
cyclafem 7/7/7	\$0 (Tier 2)	
cyred	\$0 (Tier 2)	
cyred <i>eq</i>	\$0 (Tier 2)	
dasetta 1/35	\$0 (Tier 2)	
dasetta 7/7/7	\$0 (Tier 2)	
daysee	\$0 (Tier 2)	MO
deblitane	\$0 (Tier 3)	
desogestrel/ethinyl estradiol	\$0 (Tier 2)	MO
drospirenone/ethinyl estradiol	\$0 (Tier 2)	MO
drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium	\$0 (Tier 2)	MO
elimest	\$0 (Tier 2)	
eluryng	\$0 (Tier 4)	
emoquette	\$0 (Tier 2)	
enpresse-28	\$0 (Tier 2)	
enskyce	\$0 (Tier 2)	MO
errin	\$0 (Tier 3)	MO
estarylla	\$0 (Tier 2)	
ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol	\$0 (Tier 2)	MO
ETONOGESTREL/ETHINYL ESTRADIOL	\$0 (Tier 4)	MO
falmina	\$0 (Tier 2)	
fayosim	\$0 (Tier 2)	
femynor	\$0 (Tier 2)	
GIANVI	\$0 (Tier 3)	MO
hailey 1.5/30	\$0 (Tier 2)	MO
hailey 24 fe	\$0 (Tier 2)	
heather	\$0 (Tier 3)	
incassia	\$0 (Tier 3)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
introvale	\$0 (Tier 2)	
isibloom	\$0 (Tier 2)	
jaimiess	\$0 (Tier 2)	
jasmie/	\$0 (Tier 2)	
jencycla	\$0 (Tier 3)	
JOLESSA	\$0 (Tier 3)	
JOLIVETTE	\$0 (Tier 3)	
juleber	\$0 (Tier 2)	
junel 1.5/30	\$0 (Tier 2)	
junel 1/20	\$0 (Tier 2)	
junel fe 1.5/30	\$0 (Tier 2)	MO
junel fe 1/20	\$0 (Tier 2)	MO
junel fe 24	\$0 (Tier 2)	
kaitlib fe	\$0 (Tier 2)	MO
kalliga	\$0 (Tier 2)	
kariva	\$0 (Tier 2)	
kelnor 1/35	\$0 (Tier 2)	MO
kelnor 1/50	\$0 (Tier 2)	MO
kurvelo	\$0 (Tier 2)	
larin 1.5/30	\$0 (Tier 2)	
larin 1/20	\$0 (Tier 2)	
larin 24 fe	\$0 (Tier 2)	
larin fe 1.5/30	\$0 (Tier 2)	
larin fe 1/20	\$0 (Tier 2)	
larissia	\$0 (Tier 2)	
LEENA	\$0 (Tier 3)	MO
lessina	\$0 (Tier 2)	
levonest	\$0 (Tier 2)	
levonorgestrel/ethinyl estradio/	\$0 (Tier 2)	MO
levora 0.15/30-28	\$0 (Tier 2)	
lillow	\$0 (Tier 2)	
lo-zumandimine	\$0 (Tier 2)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado MO - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
lojaimiess	\$0 (Tier 2)	
loryna	\$0 (Tier 2)	
low-ogestre/	\$0 (Tier 2)	
luterá	\$0 (Tier 2)	
lyza	\$0 (Tier 3)	
marlissa	\$0 (Tier 2)	MO
medroxyprogesterone acetate inj 150mg/ml	\$0 (Tier 4)	MO
melodetta 24 fe	\$0 (Tier 2)	
mibelas 24 fe	\$0 (Tier 2)	MO
MICROGESTIN 1.5/30	\$0 (Tier 3)	
MICROGESTIN 1/20	\$0 (Tier 3)	
MICROGESTIN FE 1.5/30	\$0 (Tier 3)	
MICROGESTIN FE 1/20	\$0 (Tier 3)	
mili	\$0 (Tier 2)	
mono-lynah	\$0 (Tier 2)	
necon 0.5/35-28	\$0 (Tier 2)	
nikki	\$0 (Tier 2)	
NORA-BE	\$0 (Tier 3)	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ ferrous fumarate	\$0 (Tier 2)	MO
norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 20mcg; 1 mg, 30mcg; 1.5mg	\$0 (Tier 2)	MO
norethindrone tabs 0.35mg	\$0 (Tier 3)	MO
norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous fumarate	\$0 (Tier 2)	MO
norgestimate/ethinyl estradiol	\$0 (Tier 2)	MO
norlyda	\$0 (Tier 3)	
nortrel 0.5/35 (28)	\$0 (Tier 2)	MO
nortrel 1/35	\$0 (Tier 2)	
nortrel 7/7/7	\$0 (Tier 2)	
OCELLA	\$0 (Tier 3)	
orsythia	\$0 (Tier 2)	
philith	\$0 (Tier 2)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
pimtreea	\$0 (Tier 2)	
pirmella 1/35	\$0 (Tier 2)	MO
pirmella 7/7/7	\$0 (Tier 2)	MO
portia-28	\$0 (Tier 2)	
previfem	\$0 (Tier 2)	MO
reclipsen	\$0 (Tier 2)	
RIVELSA	\$0 (Tier 3)	
setlakin	\$0 (Tier 2)	
sharobel	\$0 (Tier 3)	
simliya	\$0 (Tier 2)	
simpesse	\$0 (Tier 2)	
sprintec 28	\$0 (Tier 2)	
sronyx	\$0 (Tier 2)	MO
syeda	\$0 (Tier 2)	
tarina fe 1/20	\$0 (Tier 2)	
tarina fe 1/20 eq	\$0 (Tier 2)	
TILIA FE	\$0 (Tier 3)	
tri femynor	\$0 (Tier 2)	
tri-estarylla	\$0 (Tier 2)	MO
tri-legest fe	\$0 (Tier 2)	MO
tri-linyah	\$0 (Tier 2)	
tri-lo-estarylla	\$0 (Tier 2)	
tri-lo-marzia	\$0 (Tier 2)	
tri-lo-mili	\$0 (Tier 2)	
tri-lo-sprintec	\$0 (Tier 2)	MO
tri-mili	\$0 (Tier 2)	
tri-previfem	\$0 (Tier 2)	
tri-sprintec	\$0 (Tier 2)	
tri-vylibra	\$0 (Tier 2)	
tri-vylibra lo	\$0 (Tier 2)	
trivora-28	\$0 (Tier 2)	
tulana	\$0 (Tier 3)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado MO - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
tydemy	\$0 (Tier 2)	
velivet	\$0 (Tier 2)	MO
vienva	\$0 (Tier 2)	
viorele	\$0 (Tier 2)	MO
volnea	\$0 (Tier 2)	
vyfemla	\$0 (Tier 2)	MO
vylibra	\$0 (Tier 2)	
wera	\$0 (Tier 2)	
wymzya fe	\$0 (Tier 2)	
zarah	\$0 (Tier 2)	
zovia 1/35e	\$0 (Tier 2)	
zumandimine	\$0 (Tier 2)	
ENDOMETRIOSIS		
danazol caps	\$0 (Tier 4)	MO
SYNAREL	\$0 (Tier 5)	MO
ESTROGENS		
amabelz	\$0 (Tier 3)	MO
DELESTROGEN INJ 10MG/ML	\$0 (Tier 4)	MO
dotti	\$0 (Tier 3)	QL (8 EA per 28 days)
DUAVEE	\$0 (Tier 4)	MO
estradiol valerate inj	\$0 (Tier 4)	MO
estradiol/norethindrone acetate tabs 1mg/0.5mg, 0.5mg/0.1mg	\$0 (Tier 3)	MO
estradiol oral tabs, vaginal tabs	\$0 (Tier 3)	MO
estradiol patch weekly	\$0 (Tier 3)	QL (4 EA per 28 days) MO
estradiol patch twice weekly	\$0 (Tier 3)	QL (8 EA per 28 days) MO
estradiol vaginal crea	\$0 (Tier 4)	MO
ESTRING	\$0 (Tier 4)	QL (1 EA per 90 days) MO
fyavolv	\$0 (Tier 3)	MO
jinteli	\$0 (Tier 3)	
LOPREEZA	\$0 (Tier 3)	
mimvey	\$0 (Tier 3)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg	\$0 (Tier 3)	MO
PREMARIN	\$0 (Tier 4)	MO
PREMPRO	\$0 (Tier 4)	MO
yuvaferm	\$0 (Tier 3)	
GLUCOCORTICOIDS		
cortisone acetate tabs	\$0 (Tier 3)	MO
dexamethasone	\$0 (Tier 2)	MO
DEXAMETHASONE INTENSOL	\$0 (Tier 4)	MO
dexamethasone sodium phosphate inj 10mg/ml	\$0 (Tier 4)	
dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml	\$0 (Tier 4)	MO
fludrocortisone acetate tabs	\$0 (Tier 2)	MO
hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg	\$0 (Tier 3)	MO
methylprednisolone acetate inj	\$0 (Tier 2)	B/D MO
methylprednisolone dose pack	\$0 (Tier 2)	MO
methylprednisolone sodium succinate inj 500mg	\$0 (Tier 4)	B/D
methylprednisolone sodium succinate inj 125mg, 1000mg, 40mg	\$0 (Tier 4)	B/D MO
methylprednisolone tabs	\$0 (Tier 2)	B/D MO
prednisolone oral soln 15mg/5ml	\$0 (Tier 2)	B/D MO
prednisolone sodium phosphate odt	\$0 (Tier 4)	B/D MO
prednisolone sodium phosphate oral soln 10mg/5ml, 15mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml, 5mg/5ml	\$0 (Tier 2)	B/D MO
PREDNISON INTENSOL	\$0 (Tier 4)	B/D MO
prednisone soln, tabs	\$0 (Tier 1)	B/D MO
prednisone tab therapy pack	\$0 (Tier 1)	MO
SOLU-CORTEF INJ 1000MG	\$0 (Tier 4)	
SOLU-CORTEF INJ 100MG, 250MG, 500MG	\$0 (Tier 4)	MO
triamcinolone acetonide inj 40mg/ml	\$0 (Tier 4)	MO

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado MO - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
------------------------	-------------------------------	---

GLUCOSE ELEVATING AGENTS

diazoxide oral susp	\$0 (Tier 4)	MO
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	\$0 (Tier 3)	MO
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	\$0 (Tier 3)	MO
GVOKE PFS	\$0 (Tier 3)	MO

MISCELLANEOUS

acetylcysteine inj 200mg/ml	\$0 (Tier 4)	
ALDURAZYME	\$0 (Tier 5)	PA LA
cabergoline	\$0 (Tier 3)	MO
CARBAGLU	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
CERDELGA	\$0 (Tier 5)	PA
CEREZYME	\$0 (Tier 5)	PA LA
cinacalcet hydrochloride tabs 30mg	\$0 (Tier 4)	QL (120 EA per 30 days)
cinacalcet hydrochloride tabs 90mg	\$0 (Tier 5)	QL (120 EA per 30 days)
cinacalcet hydrochloride tabs 60mg	\$0 (Tier 5)	QL (60 EA per 30 days)
CYSTADANE	\$0 (Tier 5)	LA MO
CYSTAGON	\$0 (Tier 4)	PA LA
desmopressin acetate nasal soln, tabs	\$0 (Tier 3)	MO
desmopressin acetate inj	\$0 (Tier 4)	MO
FABRAZYME	\$0 (Tier 5)	PA LA
fomepizole	\$0 (Tier 5)	
GENOTROPIN	\$0 (Tier 5)	PA
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG	\$0 (Tier 3)	PA
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	\$0 (Tier 5)	PA
INCRELEX	\$0 (Tier 5)	PA LA
KORLYM	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
KUVAN	\$0 (Tier 5)	PA LA
LEVOCARNITINE TABS	\$0 (Tier 4)	MO
levocarnitine soln	\$0 (Tier 4)	MO
LUMIZYME	\$0 (Tier 5)	PA LA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INJ 11.25MG, 15MG, 7.5MG	\$0 (Tier 5)	PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INJ 11.25MG, 30MG	\$0 (Tier 5)	PA
methergine	\$0 (Tier 4)	
methylergonovine maleate tabs	\$0 (Tier 4)	MO
miglustat	\$0 (Tier 5)	PA
NAGLAZYME	\$0 (Tier 5)	PA LA
nitisinone	\$0 (Tier 5)	PA MO
NITYR	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
octreotide acetate	\$0 (Tier 4)	PA
ORFADIN	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
raloxifene hydrochloride	\$0 (Tier 3)	MO
SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML, 0.6MG/ML, 0.9MG/ML	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
sodium phenylbutyrate tabs, oral powder	\$0 (Tier 5)	PA
SOMATULINE DEPOT	\$0 (Tier 5)	PA
SOMAVERT INJ	\$0 (Tier 5)	PA LA
STIMATE	\$0 (Tier 5)	
PHOSPHATE BINDER AGENTS		
AURYXIA	\$0 (Tier 5)	QL (360 EA per 30 days) PA MO
calcium acetate caps, tabs 667mg	\$0 (Tier 3)	QL (360 EA per 30 days) MO
PROGESTINS		
medroxyprogesterone acetate tabs 10mg, 2.5mg, 5mg	\$0 (Tier 2)	MO
megestrol acetate susp 40mg/ml	\$0 (Tier 3)	MO
megestrol acetate susp 625mg/5ml	\$0 (Tier 4)	MO
norethindrone acetate tabs 5mg	\$0 (Tier 2)	MO
progesterone caps	\$0 (Tier 3)	MO
progesterone inj	\$0 (Tier 4)	MO
THYROID AGENTS		
euthyrox	\$0 (Tier 1)	MO
LEVO-T	\$0 (Tier 4)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
levothyroxine sodium tabs	\$0 (Tier 1)	MO
LEVOTHYROXINE SODIUM INJ SOLN 100MCG/5ML, 200MCG/5ML, 500MCG/5ML	\$0 (Tier 4)	
levothyroxine sodium inj powder 100mcg, 200mcg, 500mcg	\$0 (Tier 4)	MO
LEVOXYL	\$0 (Tier 3)	MO
liothyronine sodium tabs	\$0 (Tier 3)	MO
liothyronine sodium inj	\$0 (Tier 5)	
methimazole tabs	\$0 (Tier 2)	MO
propylthiouracil tabs	\$0 (Tier 3)	MO
SYNTHROID	\$0 (Tier 4)	MO
UNITHROID	\$0 (Tier 3)	
VITAMIN D ANALOGS		
calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg	\$0 (Tier 3)	MO
calcitriol inj 1mcg/ml	\$0 (Tier 4)	
calcitriol oral soln 1mcg/ml	\$0 (Tier 4)	MO
doxercalciferol inj	\$0 (Tier 4)	
paricalcitol	\$0 (Tier 4)	MO
GASTROINTESTINAL		
ANTIEMETICS		
aprepitant	\$0 (Tier 4)	B/D MO
compro	\$0 (Tier 2)	MO
DIMENHYDRINATE INJ	\$0 (Tier 4)	
dronabino/	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
EMEND ORAL SUSP	\$0 (Tier 4)	B/D MO
granisetron hcl tabs	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) B/D MO
meclizine hcl tabs	\$0 (Tier 2)	MO
metoclopramide hcl tabs 5mg	\$0 (Tier 1)	MO
metoclopramide hcl inj, oral soln	\$0 (Tier 4)	MO
metoclopramide hydrochloride tabs 10mg	\$0 (Tier 1)	MO
METOCLOPRAMIDE ODT TBDP 10MG	\$0 (Tier 3)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
metoclopramide odt tbdp 5mg	\$0 (Tier 3)	MO
ondansetron hcl tabs 24mg	\$0 (Tier 2)	B/D
ondansetron hcl oral soln	\$0 (Tier 3)	QL (900 ML per 30 days) B/D MO
ondansetron hydrochloride tabs 4mg, 8mg	\$0 (Tier 2)	B/D MO
ondansetron hydrochloride inj	\$0 (Tier 4)	MO
ondansetron odt	\$0 (Tier 3)	B/D MO
phenadoz supp 25mg	\$0 (Tier 4)	PA
phenadoz supp 12.5mg	\$0 (Tier 4)	PA MO
prochlorperazine edisylate inj 50mg/10m/	\$0 (Tier 4)	
prochlorperazine edisylate inj 10mg/2ml	\$0 (Tier 4)	MO
prochlorperazine maleate tabs	\$0 (Tier 2)	MO
prochlorperazine supp	\$0 (Tier 2)	MO
promethazine hcl plain syrp 6.25mg/5m/	\$0 (Tier 4)	PA MO
promethazine hcl tabs 12.5mg	\$0 (Tier 2)	PA MO
promethazine hcl inj, supp	\$0 (Tier 4)	PA MO
promethazine hydrochloride tabs 25mg, 50mg	\$0 (Tier 2)	PA MO
promethegan supp 12.5mg, 25mg	\$0 (Tier 4)	PA
promethegan supp 50mg	\$0 (Tier 4)	PA MO
SANCUSO	\$0 (Tier 5)	QL (4 EA per 28 days) MO
scopolamine patch	\$0 (Tier 4)	QL (10 EA per 30 days) PA MO
trimethobenzamide hydrochloride caps	\$0 (Tier 4)	PA MO
ANTISPASMODICS		
dicyclomine hcl oral soln	\$0 (Tier 3)	MO
dicyclomine hydrochloride caps, tabs	\$0 (Tier 2)	MO
dicyclomine hydrochloride inj	\$0 (Tier 4)	MO
glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg	\$0 (Tier 3)	MO
glycopyrrolate inj 0.2mg/ml, 0.4mg/2ml	\$0 (Tier 4)	
glycopyrrolate inj 1mg/5ml, 4mg/20m/	\$0 (Tier 4)	MO
methscopolamine bromide tabs	\$0 (Tier 4)	PA MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
------------------------	-------------------------------	---

H2-RECEPTOR ANTAGONISTS

cimetidine hcl oral soln	\$0 (Tier 4)	MO
cimetidine tabs	\$0 (Tier 4)	MO
famotidine premixed inj 20mg/50ml	\$0 (Tier 4)	
famotidine tabs	\$0 (Tier 2)	MO
famotidine oral susp	\$0 (Tier 3)	MO
famotidine inj	\$0 (Tier 4)	
nizatidine	\$0 (Tier 4)	MO

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

balsalazide disodium	\$0 (Tier 3)	MO
budesonide er tab 9mg	\$0 (Tier 5)	MO
budesonide cpep 3mg	\$0 (Tier 4)	MO
colocort	\$0 (Tier 2)	
hydrocortisone enem 100mg/60ml	\$0 (Tier 2)	MO
mesalamine dr caps, tabs	\$0 (Tier 4)	MO
mesalamine kit, supp	\$0 (Tier 4)	MO
mesalamine enem	\$0 (Tier 4)	QL (1680 ML per 28 days) MO
SULFASALAZINE TBEC	\$0 (Tier 3)	MO
sulfasalazine tabs	\$0 (Tier 3)	MO

LAXATIVES

constulose	\$0 (Tier 2)	
enulose	\$0 (Tier 2)	MO
gavilyte-c	\$0 (Tier 1)	MO
gavilyte-g	\$0 (Tier 1)	MO
gavilyte-n/flavor pack	\$0 (Tier 1)	MO
generlac	\$0 (Tier 2)	
GOLYTELY	\$0 (Tier 3)	MO
lactulose oral soln	\$0 (Tier 2)	MO
NULYTELY/FLAVOR PACKS	\$0 (Tier 3)	MO
OSMOPREP	\$0 (Tier 4)	MO
peg-3350/electrolytes	\$0 (Tier 2)	MO
peg-3350/nacl/na bicarbonate/kc/	\$0 (Tier 1)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PLENVU	\$0 (Tier 4)	MO
SUPREP BOWEL PREP KIT	\$0 (Tier 4)	MO
trilyte	\$0 (Tier 1)	
MISCELLANEOUS		
alose tron hydrochloride	\$0 (Tier 5)	QL (60 EA per 30 days) PA MO
CARAFATE	\$0 (Tier 4)	MO
cromolyn sodium oral conc 100mg/5m/	\$0 (Tier 4)	MO
diphenoxylate/atropine	\$0 (Tier 3)	MO
GATTEX	\$0 (Tier 5)	PA LA
lansoprazole/amoxicillin/clarithromycin	\$0 (Tier 4)	QL (224 EA per 365 days) MO
LINZESS	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
loperamide hcl caps	\$0 (Tier 3)	MO
misoprostol tabs	\$0 (Tier 3)	MO
MOVANTIK TABS 25MG	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
MOVANTIK TABS 12.5MG	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
RELISTOR INJ	\$0 (Tier 5)	PA MO
SUCRALFATE SUSP	\$0 (Tier 4)	MO
sucralfate tabs	\$0 (Tier 2)	MO
ursodiol caps	\$0 (Tier 3)	MO
ursodiol tabs	\$0 (Tier 4)	MO
XIFAXAN TABS 550MG	\$0 (Tier 5)	PA MO
PANCREATIC ENZYMES		
CREON	\$0 (Tier 3)	MO
ZENPEP	\$0 (Tier 4)	MO
PROTON PUMP INHIBITORS		
DEXILANT	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
esomeprazole magnesium caps	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
esomeprazole sodium inj	\$0 (Tier 3)	
lansoprazole dr caps, odt	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
omeprazole caps	\$0 (Tier 2)	QL (30 EA per 30 days) MO
pantoprazole sodium dr tabs 20mg	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
pantoprazole sodium inj	\$0 (Tier 4)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado MO - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
pantoprazole sodium tbec 20mg	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
pantoprazole sodium tbec 40mg	\$0 (Tier 1)	QL (60 EA per 30 days) MO
rabeprazole sodium dr tabs 20mg	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
GENITOURINARY		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA		
alfuzosin hcl er	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
dutasteride	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
dutasteride/tamsulosin hcl	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
finasteride tabs 5mg	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
silodosin	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
tamsulosin hydrochloride	\$0 (Tier 2)	QL (60 EA per 30 days) MO
MISCELLANEOUS		
ACETIC ACID 0.25% IRRIGATION SOLN	\$0 (Tier 3)	MO
bethanechol chloride	\$0 (Tier 3)	MO
ELMIRON	\$0 (Tier 4)	MO
flavoxate hcl	\$0 (Tier 4)	MO
potassium citrate er	\$0 (Tier 4)	MO
URINARY ANTISPASMODICS		
darifenacin hydrobromide er	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
MYRBETRIQ	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
oxybutynin chloride er tb24 5mg	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
oxybutynin chloride er tb24 10mg, 15mg	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
oxybutynin chloride tabs	\$0 (Tier 2)	QL (120 EA per 30 days) MO
oxybutynin chloride syrp	\$0 (Tier 2)	QL (600 ML per 30 days) MO
solifenacin succinate	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) ST MO
tolterodine tartrate	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) ST MO
tolterodine tartrate er	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) ST MO
TOVIAZ	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
trospium chloride	\$0 (Tier 2)	QL (60 EA per 30 days) MO
trospium chloride er	\$0 (Tier 2)	QL (30 EA per 30 days) MO
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
clindamycin phosphate crea 2%	\$0 (Tier 4)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
metronidazole vaginal	\$0 (Tier 4)	MO
miconazole 3	\$0 (Tier 4)	MO
terconazole crea	\$0 (Tier 3)	MO
terconazole supp	\$0 (Tier 4)	MO
HEMATOLOGIC		
ANTICOAGULANTS		
ELIQUIS STARTER PACK	\$0 (Tier 3)	QL (74 EA per 30 days) MO
ELIQUIS TABS 2.5MG	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
ELIQUIS TABS 5MG	\$0 (Tier 3)	QL (74 EA per 30 days) MO
enoxaparin sodium	\$0 (Tier 4)	MO
fondaparinux sodium	\$0 (Tier 4)	MO
FRAGMIN	\$0 (Tier 4)	MO
HEPARIN SODIUM/D5W INJ 20000UNIT/500ML, 25000UNIT/500ML	\$0 (Tier 4)	
HEPARIN SODIUM/DEXTROSE 100UNIT/ML	\$0 (Tier 4)	
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45% INJ 25000UNIT/250ML, 25000UNIT/500ML	\$0 (Tier 3)	
HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE 25000UNIT/250ML; 0.45%	\$0 (Tier 3)	
HEPARIN SODIUM INJ 5000UNIT/0.5ML, 5000UNIT/ML	\$0 (Tier 3)	
heparin sodium inj 10000unit/ml, 1000unit/ ml, 20000unit/ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ ml	\$0 (Tier 3)	MO
jantoven	\$0 (Tier 1)	MO
PRADAXA	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) MO
warfarin sodium	\$0 (Tier 1)	MO
XARELTO STARTER PACK	\$0 (Tier 3)	QL (51 EA per 30 days) MO
XARELTO TABS 10MG, 15MG, 20MG	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
XARELTO TABS 2.5MG	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	\$0 (Tier 3)	PA
PROCRIT INJ 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	\$0 (Tier 5)	PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZARXIO	\$0 (Tier 5)	PA
MISCELLANEOUS		
anagrelide hydrochloride	\$0 (Tier 3)	MO
cilostazol	\$0 (Tier 1)	MO
DROXIA	\$0 (Tier 3)	MO
ENDARI	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
HAEGARDA INJ 3000UNIT	\$0 (Tier 5)	QL (20 EA per 30 days) PA LA
HAEGARDA INJ 2000UNIT	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) PA LA
icatibant acetate	\$0 (Tier 5)	QL (27 ML per 30 days) PA
pentoxifylline er	\$0 (Tier 2)	MO
PROMACTA POWDER PACK 25MG	\$0 (Tier 5)	QL (180 EA per 30 days) PA
PROMACTA POWDER PACK 12.5MG	\$0 (Tier 5)	QL (360 EA per 30 days) PA LA
PROMACTA TABS 12.5MG, 25MG	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) PA LA
PROMACTA TABS 50MG, 75MG	\$0 (Tier 5)	QL (60 EA per 30 days) PA LA
tranexamic acid tabs	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
tranexamic acid inj	\$0 (Tier 4)	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
aspirin/dipyridamole	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
BRILINTA	\$0 (Tier 4)	MO
clopidogrel tabs 300mg	\$0 (Tier 1)	QL (2 EA per 365 days) MO
clopidogrel tabs 75mg	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
dipyridamole	\$0 (Tier 4)	PA MO
prasugrel	\$0 (Tier 4)	MO
IMMUNOLOGIC AGENTS		
AUTOIMMUNE AGENTS		
ENBREL MINI	\$0 (Tier 5)	QL (8 ML per 28 days) PA
ENBREL SURECLICK	\$0 (Tier 5)	QL (8 ML per 28 days) PA
ENBREL INJ 25MG/VIAL	\$0 (Tier 5)	QL (8 EA per 28 days) PA
ENBREL INJ 25MG/0.5ML VIAL, 50MG/ML	\$0 (Tier 5)	QL (8 ML per 28 days) PA
ENBREL INJ 25MG/0.5ML PREFILLED SYRINGE	\$0 (Tier 5)	QL (8.16 ML per 28 days) PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	\$0 (Tier 5)	PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMIRA PEN	\$0 (Tier 5)	QL (6 EA per 28 days) PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	\$0 (Tier 5)	PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	\$0 (Tier 5)	PA
HUMIRA INJ 10MG/0.1ML, 10MG/0.2ML, 20MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	\$0 (Tier 5)	QL (2 EA per 28 days) PA
HUMIRA INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	\$0 (Tier 5)	QL (6 EA per 28 days) PA
RENFLEXIS	\$0 (Tier 5)	PA
RINVOQ	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) PA
SKYRIZI	\$0 (Tier 5)	QL (7 EA per 365 days) PA
STELARA INJ 45MG/0.5ML	\$0 (Tier 5)	QL (0.5 ML per 28 days) PA
STELARA INJ 90MG/ML	\$0 (Tier 5)	QL (1 ML per 28 days) PA
TALTZ	\$0 (Tier 5)	QL (3 ML per 28 days) PA
XELJANZ	\$0 (Tier 5)	QL (60 EA per 30 days) PA
XELJANZ XR	\$0 (Tier 5)	QL (30 EA per 30 days) PA
DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)		
hydroxychloroquine sulfate	\$0 (Tier 3)	MO
leflunomide	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
methotrexate tabs 2.5mg	\$0 (Tier 1)	MO
XATMEP	\$0 (Tier 4)	MO
IMMUNOGLOBULINS		
BIVIGAM	\$0 (Tier 5)	PA
FLEBOGAMMA DIF INJ 5% (5GM/100ML)	\$0 (Tier 4)	PA
FLEBOGAMMA DIF INJ 0.5GM/10ML, 10GM/100ML, 10GM/200ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/50ML	\$0 (Tier 5)	PA
GAMASTAN	\$0 (Tier 3)	B/D
GAMMAGARD LIQUID	\$0 (Tier 5)	PA
GAMMAGARD S/D INJ 5GM, 10GM	\$0 (Tier 5)	PA
GAMMAKED	\$0 (Tier 5)	PA
GAMMAPLEX	\$0 (Tier 5)	PA
GAMUNEX-C	\$0 (Tier 5)	PA
OCTAGAM	\$0 (Tier 5)	PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PANZYGA	\$0 (Tier 5)	PA
PRIVIGEN	\$0 (Tier 5)	PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE	\$0 (Tier 5)	PA LA
ARCALYST	\$0 (Tier 5)	PA
INTRON A INJ 10MU	\$0 (Tier 4)	
INTRON A INJ 10MU/ML, 18MU, 50MU, 6000000UNIT/ML	\$0 (Tier 5)	
IMMUNOSUPPRESSANTS		
AZATHIOPRINE INJ	\$0 (Tier 4)	B/D
azathioprine tabs	\$0 (Tier 3)	B/D MO
BENLYSTA	\$0 (Tier 5)	PA
cyclosporine	\$0 (Tier 3)	B/D MO
cyclosporine modified caps, soln	\$0 (Tier 3)	B/D MO
everolimus tabs 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg	\$0 (Tier 5)	B/D MO
engraf caps	\$0 (Tier 3)	B/D
engraf soln	\$0 (Tier 3)	B/D MO
mycophenolate mofetil caps, tabs	\$0 (Tier 3)	B/D MO
mycophenolate mofetil inj	\$0 (Tier 4)	B/D
mycophenolate mofetil oral susp	\$0 (Tier 5)	B/D MO
mycophenolic acid dr	\$0 (Tier 4)	B/D MO
NULOJIX	\$0 (Tier 5)	B/D
PROGRAF GRANULES	\$0 (Tier 4)	B/D MO
SANDIMMUNE ORAL SOLN	\$0 (Tier 3)	B/D MO
sirolimus tabs	\$0 (Tier 4)	B/D MO
sirolimus soln	\$0 (Tier 5)	B/D MO
tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg	\$0 (Tier 4)	B/D MO
ZORTRESS	\$0 (Tier 5)	B/D MO
VACCINES		
ACTHIB	\$0 (Tier 3)	
ADACEL	\$0 (Tier 3)	
BCG VACCINE	\$0 (Tier 3)	
BEXSERO	\$0 (Tier 3)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BOOSTRIX	\$0 (Tier 3)	
DAPTACEL	\$0 (Tier 3)	
DIPHtheria/TETANUS TOXOIDS ADSORBED PEDIATRIC	\$0 (Tier 3)	B/D
ENGERIX-B	\$0 (Tier 3)	B/D
GARDASIL 9	\$0 (Tier 3)	
HAVRIX	\$0 (Tier 3)	
HIBERIX	\$0 (Tier 3)	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	\$0 (Tier 3)	B/D
INFANRIX	\$0 (Tier 3)	
IPOL INACTIVATED IPV	\$0 (Tier 3)	
IXIARO	\$0 (Tier 3)	
KINRIX	\$0 (Tier 3)	
M-M-R II	\$0 (Tier 3)	
MENACTRA	\$0 (Tier 3)	
MENVEO	\$0 (Tier 3)	
PEDIARIX	\$0 (Tier 3)	
PEDVAX HIB	\$0 (Tier 3)	
PENTACEL	\$0 (Tier 3)	
PROQUAD	\$0 (Tier 3)	
QUADRACEL	\$0 (Tier 3)	
RABAVERT	\$0 (Tier 3)	B/D
RECOMBIVAX HB	\$0 (Tier 3)	B/D
ROTARIX	\$0 (Tier 3)	
ROTATEQ	\$0 (Tier 3)	
SHINGRIX	\$0 (Tier 3)	QL (2 EA per 999 days)
TDVAX	\$0 (Tier 3)	B/D
TENIVAC	\$0 (Tier 3)	B/D
TRUMENBA	\$0 (Tier 3)	
TWINRIX	\$0 (Tier 3)	
TYPHIM VI	\$0 (Tier 3)	
VAQTA	\$0 (Tier 3)	
VARIVAX	\$0 (Tier 3)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
------------------------	-------------------------------	---

YF-VAX

\$0 (Tier 3)

ZOSTAVAX

\$0 (Tier 3)

QL (1 EA per 999 days)

NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS

ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE

DEXTROSE 10%/NACL 0.45%

\$0 (Tier 4)

DEXTROSE 5% /ELECTROLYTE #48 VIAFLEX

\$0 (Tier 3)

DEXTROSE 10%/NACL 0.2%

\$0 (Tier 4)

DEXTROSE 2.5%/NACL 0.45%

\$0 (Tier 4)

DEXTROSE 5%/LACTATED RINGERS

\$0 (Tier 4)

DEXTROSE 5%/NACL 0.2%

\$0 (Tier 4)

DEXTROSE 5%/NACL 0.225%

\$0 (Tier 4)

DEXTROSE 5%/NACL 0.3%

\$0 (Tier 4)

DEXTROSE 5%/NACL 0.33%

\$0 (Tier 4)

DEXTROSE 5%/NACL 0.45%

\$0 (Tier 4)

DEXTROSE 5%/NACL 0.9%

\$0 (Tier 4)

MO

IONOSOL-MB/DEXTROSE 5%

\$0 (Tier 4)

ISOLYTE-P/DEXTROSE 5%

\$0 (Tier 4)

ISOLYTE-S

\$0 (Tier 4)

KCL 0.075%/D5W/NACL 0.45%

\$0 (Tier 4)

KCL 0.15%/D5W/NACL 0.2%

\$0 (Tier 4)

KCL 0.15%/D5W/NACL 0.225%

\$0 (Tier 4)

KCL 0.15%/D5W/NACL 0.45%

\$0 (Tier 4)

KCL 0.15%/D5W/NACL 0.9%

\$0 (Tier 4)

KCL 0.3%/D5W/NACL 0.45%

\$0 (Tier 4)

KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9%

\$0 (Tier 4)

lactated ringers viaflex inj

\$0 (Tier 4)

MAGNESIUM SULFATE INJ 20GM/500ML,
40GM/1000ML, 4GM/50ML

\$0 (Tier 4)

magnesium sulfate inj 2gm/50ml,
4gm/100ml, 50%

\$0 (Tier 4)

NORMOSOL-M IN D5W

\$0 (Tier 4)

NORMOSOL-R INJ PH 7.4

\$0 (Tier 4)

PLASMA-LYTE A

\$0 (Tier 4)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PLASMA-LYTE-148	\$0 (Tier 4)	
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE	\$0 (Tier 4)	
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE	\$0 (Tier 4)	
POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM CHLORIDE INJ 40MEQ/L; 0.9%	\$0 (Tier 4)	
potassium chloride/sodium chloride inj 20meq/l; 0.45%	\$0 (Tier 4)	
potassium chloride/sodium chloride inj 20meq/l; 0.9%	\$0 (Tier 4)	MO
POTASSIUM CHLORIDE INJ 0.4MEQ/ML, 10MEQ/100ML, 10MEQ/50ML, 20MEQ/100ML, 40MEQ/100ML	\$0 (Tier 4)	
potassium chloride inj 2meq/ml	\$0 (Tier 4)	MO
RINGERS INJECTION	\$0 (Tier 3)	
SODIUM BICARBONATE INJ 7.5%	\$0 (Tier 4)	MO
sodium bicarbonate inj 4.2%	\$0 (Tier 4)	
sodium bicarbonate inj 8.4%	\$0 (Tier 4)	MO
SODIUM CHLORIDE INJ 2.5MEQ/ML, 4MEQ/ML, 5%	\$0 (Tier 4)	MO
sodium chloride inj 0.45%	\$0 (Tier 4)	
sodium chloride inj 0.9%, 3%	\$0 (Tier 4)	MO
TPN ELECTROLYTES	\$0 (Tier 4)	B/D
<i>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</i>		
ADC/FLUORIDE	\$0 (Tier 4)	MO
EFFER-K TAB 25MEQ	\$0 (Tier 3)	MO
EFFERVESCENT POTASSIUM	\$0 (Tier 3)	MO
FLUORIDE	\$0 (Tier 4)	MO
FLUORITAB	\$0 (Tier 4)	
KLOR-CON 10	\$0 (Tier 3)	
KLOR-CON 8	\$0 (Tier 3)	MO
klor-con m10	\$0 (Tier 3)	MO
klor-con m15	\$0 (Tier 3)	MO
klor-con m20	\$0 (Tier 3)	MO

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado MO - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
klor-con pow 20meq	\$0 (Tier 3)	
KLOR-CON/EF	\$0 (Tier 3)	MO
LUDENT	\$0 (Tier 4)	MO
M-NATAL PLUS	\$0 (Tier 3)	MO
MULTI VITAMIN/FLUORIDE	\$0 (Tier 4)	MO
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE DROPS	\$0 (Tier 4)	MO
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE/IRON DROPS	\$0 (Tier 4)	MO
MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW 0.5MG	\$0 (Tier 4)	
MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW 0.25MG, 0.5MG	\$0 (Tier 4)	MO
NEONATAL PLUS	\$0 (Tier 3)	MO
NIVA-PLUS	\$0 (Tier 3)	MO
PNV FOLIC ACID + IRON MULTIVITAMIN	\$0 (Tier 3)	MO
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN	\$0 (Tier 3)	MO
POLY-VITAMIN/FLUORIDE	\$0 (Tier 4)	
potassium chloride cr	\$0 (Tier 2)	MO
potassium chloride er	\$0 (Tier 2)	MO
potassium chloride sr	\$0 (Tier 2)	MO
potassium chloride pack 20meq	\$0 (Tier 3)	MO
potassium chloride oral soln 10%, 20%	\$0 (Tier 4)	MO
PRENATAL	\$0 (Tier 3)	MO
PRENATAL PLUS	\$0 (Tier 3)	MO
PRENATAL VITAMINS PLUS LOW IRON	\$0 (Tier 3)	MO
PREPLUS	\$0 (Tier 3)	MO
SODIUM FLUORIDE CHEW 0.25MG, 0.5MG, 1MG	\$0 (Tier 4)	MO
SODIUM FLUORIDE SOLN 0.5MG/ML	\$0 (Tier 4)	MO
TRI-VITE/FLUORIDE	\$0 (Tier 4)	MO
TRICARE PRENATAL TABS	\$0 (Tier 3)	MO
VOL-PLUS	\$0 (Tier 3)	MO
VP-PNV-DHA	\$0 (Tier 3)	MO
IV NUTRITION		
AMINOSYN II INJ 10%	\$0 (Tier 4)	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AMINOSYN-PF 10%	\$0 (Tier 4)	B/D
AMINOSYN-PF 7%	\$0 (Tier 4)	B/D
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	\$0 (Tier 4)	B/D
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	\$0 (Tier 4)	B/D
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	\$0 (Tier 4)	B/D
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	\$0 (Tier 4)	B/D
clinisol sf 15%	\$0 (Tier 4)	B/D MO
CLINOLIPID	\$0 (Tier 3)	B/D
dextrose 10%	\$0 (Tier 3)	
dextrose 5%	\$0 (Tier 3)	MO
DEXTROSE 50%	\$0 (Tier 3)	B/D
DEXTROSE 70%	\$0 (Tier 3)	B/D
FREAMINE HBC 6.9%	\$0 (Tier 4)	B/D
FREAMINE III	\$0 (Tier 4)	B/D
HEPATAMINE	\$0 (Tier 4)	B/D
NEPHRAMINE	\$0 (Tier 4)	B/D
NUTRILIPID	\$0 (Tier 3)	B/D
plenamine	\$0 (Tier 4)	B/D
PREMASOL 10%	\$0 (Tier 4)	B/D
PROCALAMINE	\$0 (Tier 4)	B/D
PROSOL	\$0 (Tier 4)	B/D
TRAVASOL	\$0 (Tier 4)	B/D
TROPHAMINE	\$0 (Tier 4)	B/D

OPHTHALMIC

ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY

BLEPHAMIDE S.O.P. OINT	\$0 (Tier 4)	MO
neomycin/polymyxin/bacitracin/ hydrocortisone ophthalmic oint	\$0 (Tier 4)	MO
neomycin/polymyxin/dexamethasone	\$0 (Tier 2)	MO
neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/m/	\$0 (Tier 3)	MO
sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate	\$0 (Tier 2)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TOBRADEX OINT	\$0 (Tier 3)	MO
TOBRADEX ST	\$0 (Tier 3)	MO
tobramycin/dexamethasone ophthalmic susp	\$0 (Tier 4)	MO
ZYLET	\$0 (Tier 3)	MO
ANTI-INFECTIVES		
AZASITE	\$0 (Tier 4)	MO
bacitracin ophthalmic oint 500unit/gm	\$0 (Tier 3)	MO
bacitracin/polymyxin ophthalmic oint	\$0 (Tier 2)	MO
BESIVANCE	\$0 (Tier 3)	MO
CILOXAN OINT	\$0 (Tier 3)	QL (42 GM per 30 days) MO
ciprofloxacin hydrochloride ophthalmic soln 0.3%	\$0 (Tier 3)	QL (30 ML per 30 days) MO
erythromycin oint 5mg/gm	\$0 (Tier 2)	QL (42 GM per 30 days) MO
gatifloxacin soln	\$0 (Tier 4)	QL (20 ML per 30 days) MO
gentak	\$0 (Tier 2)	QL (42 GM per 30 days) MO
gentamicin sulfate ophthalmic soln 0.3%	\$0 (Tier 2)	QL (30 ML per 30 days) MO
levofloxacin ophthalmic soln 0.5%	\$0 (Tier 3)	QL (30 ML per 30 days) MO
moxifloxacin hydrochloride ophthalmic soln 0.5%	\$0 (Tier 3)	QL (12 ML per 30 days) MO
NATACYN	\$0 (Tier 4)	MO
neo-polycin	\$0 (Tier 3)	
neomycin/bacitracin/polymyxin topical ointment	\$0 (Tier 3)	MO
neomycin/polymyxin/gramicidin	\$0 (Tier 3)	MO
ofloxacin ophthalmic soln 0.3%	\$0 (Tier 3)	QL (60 ML per 30 days) MO
polycin	\$0 (Tier 2)	
polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate	\$0 (Tier 1)	MO
sodium sulfacetamide ophthalmic soln	\$0 (Tier 3)	QL (90 ML per 30 days) MO
sulfacetamide sodium oint 10%	\$0 (Tier 4)	QL (42 GM per 30 days) MO
sulfacetamide sodium soln 10%	\$0 (Tier 3)	QL (90 ML per 30 days) MO
tobramycin sulfate ophthalmic soln 0.3%	\$0 (Tier 2)	QL (30 ML per 30 days) MO
trifluridine	\$0 (Tier 3)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
trimethoprim sulfate/polymyxin b sulfate	\$0 (Tier 1)	MO
ZIRGAN	\$0 (Tier 4)	MO
ANTI-INFLAMMATORIES		
ALREX	\$0 (Tier 3)	MO
bromfenac	\$0 (Tier 4)	MO
BROMSITE	\$0 (Tier 4)	MO
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic soln 0.1%	\$0 (Tier 2)	MO
diclofenac sodium soln 0.1%	\$0 (Tier 2)	QL (10 ML per 30 days) MO
DUREZOL	\$0 (Tier 3)	MO
FLUOROMETHOLONE	\$0 (Tier 3)	MO
flurbiprofen sodium ophthalmic soln 0.03%	\$0 (Tier 2)	MO
ILEVRO	\$0 (Tier 3)	MO
ketorolac tromethamine ophthalmic soln 0.4%, 0.5%	\$0 (Tier 2)	MO
LOTEMAX GEL, OINT	\$0 (Tier 3)	MO
LOTEMAX SM	\$0 (Tier 3)	MO
loteprednol etabonate	\$0 (Tier 3)	MO
prednisolone acetate ophthalmic soln	\$0 (Tier 2)	MO
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPTHALMIC SOLN 1%	\$0 (Tier 3)	MO
PROLENSA	\$0 (Tier 3)	MO
ANTIALLERGICS		
azelastine hcl ophthalmic soln 0.05%	\$0 (Tier 3)	MO
BEPREVE	\$0 (Tier 3)	MO
cromolyn sodium ophthalmic soln 4%	\$0 (Tier 3)	MO
epinastine hcl	\$0 (Tier 3)	MO
LASTACFT	\$0 (Tier 4)	MO
olopatadine hcl ophthalmic soln 0.2%	\$0 (Tier 3)	MO
olopatadine hcl ophthalmic soln 0.1%	\$0 (Tier 4)	MO
PAZEO	\$0 (Tier 3)	MO
ANTIGLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN 0.1%	\$0 (Tier 3)	MO

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado MO - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AZOPT	\$0 (Tier 3)	MO
betaxolol hcl soln 0.5%	\$0 (Tier 3)	MO
BETOPTIC-S	\$0 (Tier 3)	MO
BRIMONIDINE TARTRATE SOLN 0.15%	\$0 (Tier 3)	MO
brimonidine tartrate soln 0.2%	\$0 (Tier 3)	MO
carteolol hc/	\$0 (Tier 2)	MO
COMBIGAN	\$0 (Tier 3)	MO
dorzolamide hc/	\$0 (Tier 1)	MO
dorzolamide hcl/timolol maleate	\$0 (Tier 2)	MO
dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf	\$0 (Tier 4)	MO
latanoprost	\$0 (Tier 2)	MO
levobunolol hc/	\$0 (Tier 2)	MO
LUMIGAN	\$0 (Tier 3)	MO
PHOSPHOLINE IODIDE	\$0 (Tier 4)	
pilocarpine hcl ophthalmic soln	\$0 (Tier 4)	MO
RHOPRESSA	\$0 (Tier 3)	MO
SIMBRINZA	\$0 (Tier 3)	MO
TIMOLOL MALEATE OPHTHALMIC GEL FORMING SOLN	\$0 (Tier 4)	MO
timolol maleate soln 0.25%, 0.5%	\$0 (Tier 1)	MO
timolol maleate once-daily ophthalmic (generic Istalol) soln 0.5%	\$0 (Tier 3)	MO
travoprost	\$0 (Tier 3)	MO
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE OPTH SOLN	\$0 (Tier 3)	MO
CYSTARAN	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
proparacaine hc/	\$0 (Tier 3)	MO
RESTASIS	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
RESTASIS MULTIDOSE	\$0 (Tier 3)	QL (5.5 ML per 30 days) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
------------------------	-------------------------------	---

RESPIRATORY

ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS

ANORO ELLIPTA	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
BEVESPI AEROSPHERE	\$0 (Tier 3)	QL (10.7 GM per 30 days) MO
COMBIVENT RESPIMAT	\$0 (Tier 4)	QL (8 GM per 30 days) MO
ipratropium bromide/albuterol sulfate neb	\$0 (Tier 2)	B/D MO
TRELEGY ELLIPTA	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO

ANTICHOLINERGICS

ATROVENT HFA	\$0 (Tier 4)	QL (25.8 GM per 30 days) MO
INCRUSE ELLIPTA	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
ipratropium bromide inhalation soln	\$0 (Tier 2)	B/D MO
ipratropium bromide nasal soln 0.03%	\$0 (Tier 2)	QL (30 ML per 30 days) MO
ipratropium bromide nasal soln 0.06%	\$0 (Tier 2)	QL (45 ML per 30 days) MO

ANTI-HISTAMINES

azelastine hcl nasal soln 0.15%	\$0 (Tier 3)	QL (30 ML per 25 days) MO
azelastine hydrochloride nasal soln 0.1%	\$0 (Tier 3)	QL (30 ML per 25 days) MO
carbinoxamine maleate soln	\$0 (Tier 4)	PA MO
CARBINOXAMINE MALEATE TABS 6MG	\$0 (Tier 5)	PA MO
carbinoxamine maleate tabs 4mg	\$0 (Tier 4)	PA MO
cetirizine hydrochloride oral soln 1mg/ml	\$0 (Tier 4)	QL (300 ML per 30 days) MO
clemastine fumarate tab 2.68mg	\$0 (Tier 3)	PA MO
cyproheptadine hcl syrp 2mg/5ml	\$0 (Tier 4)	PA MO
cyproheptadine hydrochloride tab 4mg	\$0 (Tier 4)	PA MO
desloratadine	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
desloratadine odt	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) MO
diphenhydramine hcl inj	\$0 (Tier 4)	PA MO
hydroxyzine hcl inj, syrup	\$0 (Tier 4)	PA MO
hydroxyzine hydrochloride tabs	\$0 (Tier 4)	PA MO
hydroxyzine pamoate	\$0 (Tier 4)	PA MO
levocetirizine dihydrochloride tabs	\$0 (Tier 1)	QL (30 EA per 30 days) MO
levocetirizine dihydrochloride soln	\$0 (Tier 3)	MO
olopatadine hcl nasal soln 0.6%	\$0 (Tier 4)	QL (30.5 GM per 30 days) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
------------------------	-------------------------------	---

BETA AGONISTS

albuterol sulfate er tabs	\$0 (Tier 4)	MO
albuterol sulfate hfa (generic Proventil HFA) aers 108mcg/act	\$0 (Tier 3)	QL (13.4 GM per 30 days) MO
albuterol sulfate hfa (generic Proair HFA) aers 108mcg/act	\$0 (Tier 3)	QL (17 GM per 30 days) MO
albuterol sulfate hfa (generic Ventolin HFA) aers 108mcg/act	\$0 (Tier 3)	QL (36 GM per 30 days) MO
albuterol sulfate nebu	\$0 (Tier 2)	B/D MO
albuterol sulfate syrpf	\$0 (Tier 2)	MO
albuterol sulfate tabs	\$0 (Tier 3)	MO
levalbuterol hcl neb 1.25mg/0.5ml	\$0 (Tier 4)	B/D MO
levalbuterol hydrochloride	\$0 (Tier 4)	B/D MO
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA	\$0 (Tier 3)	QL (30 GM per 30 days) MO
metaproterenol sulfate	\$0 (Tier 2)	
SEREVENT DISKUS	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
terbutaline sulfate	\$0 (Tier 4)	MO
VENTOLIN HFA	\$0 (Tier 3)	QL (36 GM per 30 days) MO

LEUKOTRIENE MODULATORS

montelukast sodium chew, tabs	\$0 (Tier 2)	QL (30 EA per 30 days) MO
montelukast sodium pack	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
zafirlukast	\$0 (Tier 4)	QL (60 EA per 30 days) MO

MISCELLANEOUS

acetylcysteine inhalation soln 10%, 20%	\$0 (Tier 3)	B/D MO
aminophylline	\$0 (Tier 4)	
ARALAST NP	\$0 (Tier 5)	PA LA
cromolyn sodium nebu 20mg/2ml	\$0 (Tier 3)	B/D MO
DALIRESP	\$0 (Tier 4)	MO
epinephrine hcl inj soln	\$0 (Tier 3)	QL (2 EA per 30 days) MO
EPIPEN 2-PAK	\$0 (Tier 4)	QL (2 EA per 30 days) MO
EPIPEN-JR 2-PAK	\$0 (Tier 4)	QL (2 EA per 30 days) MO
ESBRIET	\$0 (Tier 5)	PA
FASENRA	\$0 (Tier 5)	QL (1 ML per 28 days) PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FASENRA PEN	\$0 (Tier 5)	QL (1 ML per 28 days) PA
KALYDECO	\$0 (Tier 5)	PA MO
OFEV	\$0 (Tier 5)	PA
ORKAMBI	\$0 (Tier 5)	PA MO
PROLASTIN-C	\$0 (Tier 5)	PA LA MO
PULMOZYME	\$0 (Tier 5)	PA
SYMDEKO TBPK 75MG; 50MG	\$0 (Tier 5)	PA
SYMDEKO TBPK 150MG; 100MG	\$0 (Tier 5)	PA LA
THEO-24	\$0 (Tier 4)	MO
theophylline er	\$0 (Tier 3)	MO
theophylline soln 80 mg/15ml	\$0 (Tier 3)	MO
XOLAIR	\$0 (Tier 5)	PA LA
ZEMAIRA	\$0 (Tier 5)	PA LA
NASAL STEROIDS		
flunisolide	\$0 (Tier 3)	QL (75 ML per 30 days) MO
fluticasone propionate susp 50mcg/act	\$0 (Tier 2)	QL (16 GM per 30 days) MO
mometasone furoate susp 50mcg/act	\$0 (Tier 3)	QL (34 GM per 30 days) MO
STEROID INHALANTS		
ARNUITY ELLIPTA	\$0 (Tier 3)	QL (30 EA per 30 days) MO
budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml	\$0 (Tier 4)	B/D MO
FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST, 50MCG/BLIST	\$0 (Tier 3)	QL (120 EA per 30 days) MO
FLOVENT DISKUS AEPB 250MCG/BLIST	\$0 (Tier 3)	QL (240 EA per 30 days) MO
FLOVENT HFA AERO 44MCG/ACT	\$0 (Tier 3)	QL (21.2 GM per 30 days) MO
FLOVENT HFA AERO 110MCG/ACT, 220MCG/ACT	\$0 (Tier 3)	QL (24 GM per 30 days) MO
PULMICORT FLEXHALER	\$0 (Tier 4)	QL (2 EA per 30 days) MO
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS		
ADVAIR DISKUS	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
ADVAIR HFA	\$0 (Tier 3)	QL (12 GM per 30 days) MO
BREO ELLIPTA	\$0 (Tier 3)	QL (60 EA per 30 days) MO
SYMBICORT	\$0 (Tier 3)	QL (10.2 GM per 30 days) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
------------------------	-------------------------------	---

TOPICAL

DERMATOLOGY, ACNE

amnesteam	\$0 (Tier 4)	PA
AVITA CREA	\$0 (Tier 4)	QL (45 GM per 30 days) PA
AVITA GEL	\$0 (Tier 4)	QL (45 GM per 30 days) PA MO
claravis	\$0 (Tier 4)	PA
clindacin etz pledgets	\$0 (Tier 3)	MO
clindacin-p pad 1%	\$0 (Tier 3)	MO
clindamycin phosphate/benzoyl peroxide	\$0 (Tier 4)	MO
clindamycin phosphate foam 1%	\$0 (Tier 4)	QL (100 GM per 30 days) MO
clindamycin phosphate gel 1%	\$0 (Tier 3)	QL (75 GM per 30 days) MO
CLINDAMYCIN PHOSPHATE LOTN 1%	\$0 (Tier 4)	QL (60 ML per 30 days) MO
clindamycin phosphate external soln 1%	\$0 (Tier 3)	QL (60 ML per 30 days) MO
clindamycin phosphate swab 1%	\$0 (Tier 3)	MO
clindamycin/benzoyl peroxide	\$0 (Tier 4)	MO
dapsone gel 5%, 7.5%	\$0 (Tier 4)	QL (90 GM per 30 days) MO
ery pad 2%	\$0 (Tier 4)	MO
erythromycin/benzoyl peroxide gel 5%; 3%	\$0 (Tier 4)	MO
erythromycin gel 2%	\$0 (Tier 2)	QL (60 GM per 30 days) MO
erythromycin soln 2%	\$0 (Tier 2)	QL (60 ML per 30 days) MO
isotretinoin	\$0 (Tier 4)	PA
myorisan	\$0 (Tier 4)	PA
neuac gel	\$0 (Tier 4)	MO
sulfacetamide sodium lotn 10%	\$0 (Tier 3)	MO
TRETINOIN MICROSPHERE GEL	\$0 (Tier 4)	QL (50 GM per 30 days) PA MO
TRETINOIN MICROSPHERE PUMP GEL	\$0 (Tier 4)	QL (50 GM per 30 days) PA MO
tretinoin crea 0.025%, 0.05%, 0.1%	\$0 (Tier 4)	QL (45 GM per 30 days) PA MO
tretinoin gel 0.01%, 0.025%, 0.05%	\$0 (Tier 4)	QL (45 GM per 30 days) PA MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
zenatane	\$0 (Tier 4)	PA
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
gentamicin sulfate crea 0.1%	\$0 (Tier 3)	QL (60 GM per 30 days) MO
gentamicin sulfate oint 0.1%	\$0 (Tier 3)	QL (60 GM per 30 days) MO
mafenide acetate	\$0 (Tier 4)	MO
mupirocin oint	\$0 (Tier 2)	QL (30 GM per 30 days) MO
mupirocin crea	\$0 (Tier 4)	QL (30 GM per 30 days) MO
SILVER SULFADIAZINE	\$0 (Tier 3)	MO
SSD	\$0 (Tier 3)	
SULFAMYLON CREAM 85 MG/GM	\$0 (Tier 4)	MO
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
ciclopirox olamine cream	\$0 (Tier 3)	QL (90 GM per 30 days) MO
ciclopirox gel	\$0 (Tier 3)	QL (100 GM per 30 days) MO
ciclopirox sham	\$0 (Tier 3)	QL (120 ML per 30 days) MO
ciclopirox susp	\$0 (Tier 3)	QL (60 ML per 30 days) MO
clotrimazole/betamethasone dipropionate cream	\$0 (Tier 4)	QL (45 GM per 30 days) MO
clotrimazole crea 1%	\$0 (Tier 3)	QL (45 GM per 30 days) MO
clotrimazole soln 1%	\$0 (Tier 3)	QL (30 ML per 30 days) MO
econazole nitrate	\$0 (Tier 4)	QL (85 GM per 30 days) MO
ERTACZO	\$0 (Tier 5)	QL (60 GM per 30 days) MO
ketoconazole crea 2%	\$0 (Tier 3)	QL (60 GM per 30 days) MO
ketoconazole foam 2%	\$0 (Tier 4)	QL (100 GM per 30 days) MO
naftifine hcl crea 1%	\$0 (Tier 4)	QL (90 GM per 30 days) MO
naftifine hydrochloride 2%	\$0 (Tier 4)	QL (60 GM per 30 days) MO
nyamyc	\$0 (Tier 3)	QL (60 GM per 30 days)
nystatin crea 100000unit/gm	\$0 (Tier 2)	QL (30 GM per 30 days) MO
nystatin oint 100000unit/gm	\$0 (Tier 4)	QL (30 GM per 30 days) MO
nystatin powd 100000unit/gm	\$0 (Tier 3)	QL (60 GM per 30 days) MO
nystop	\$0 (Tier 3)	QL (60 GM per 30 days) MO
oxiconazole nitrate	\$0 (Tier 4)	QL (90 GM per 30 days) MO
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
acitretin	\$0 (Tier 3)	PA MO

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado MO - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
calcipotriene crea, oint	\$0 (Tier 4)	QL (120 GM per 30 days) PA MO
calcipotriene soln	\$0 (Tier 4)	QL (60 ML per 30 days) PA MO
CALCITRIOL OINT 3MCG/GM	\$0 (Tier 4)	QL (100 GM per 30 days) MO
methoxsalen	\$0 (Tier 5)	MO
tazarotene	\$0 (Tier 3)	QL (60 GM per 30 days) PA MO
TAZORAC CRE 0.05%	\$0 (Tier 4)	QL (60 GM per 30 days) PA MO
DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS		
ketoconazole sham 2%	\$0 (Tier 2)	QL (120 ML per 30 days) MO
selenium sulfide lotn	\$0 (Tier 2)	MO
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
ala-cort crea 1%	\$0 (Tier 1)	
ala-cort crea 2.5%	\$0 (Tier 1)	QL (30 GM per 30 days)
alclometasone dipropionate	\$0 (Tier 4)	MO
augmented betamethasone dipropionate crea	\$0 (Tier 3)	MO
augmented betamethasone dipropionate gel, lotn, oint	\$0 (Tier 4)	MO
beseer lotn 0.05%	\$0 (Tier 4)	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone dipropionate lotn	\$0 (Tier 3)	MO
betamethasone dipropionate crea, oint	\$0 (Tier 4)	MO
betamethasone valerate crea, lotn, oint	\$0 (Tier 3)	MO
betamethasone valerate foam	\$0 (Tier 4)	MO
calcipotriene/betamethasone dipropionate	\$0 (Tier 4)	QL (400 GM per 30 days) PA MO
clobetasol propionate emollient foam	\$0 (Tier 4)	QL (100 GM per 30 days) MO
clobetasol propionate emollient crea	\$0 (Tier 4)	QL (60 GM per 30 days) MO
clobetasol propionate foam	\$0 (Tier 4)	QL (100 GM per 30 days) MO
clobetasol propionate lotn, sham	\$0 (Tier 4)	QL (118 ML per 30 days) MO
clobetasol propionate spray	\$0 (Tier 4)	QL (125 ML per 30 days) MO
clobetasol propionate soln	\$0 (Tier 4)	QL (50 ML per 30 days) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
clobetasol propionate crea, gel, oint	\$0 (Tier 4)	QL (60 GM per 30 days) MO
clodan shampoo	\$0 (Tier 4)	QL (118 ML per 30 days)
desonide lotn	\$0 (Tier 4)	QL (118 ML per 30 days) MO
desonide crea, oint	\$0 (Tier 4)	QL (60 GM per 30 days) MO
desoximetasone crea, oint	\$0 (Tier 4)	QL (100 GM per 30 days) MO
desoximetasone gel	\$0 (Tier 4)	QL (60 GM per 30 days) MO
diflorasone diacetate	\$0 (Tier 4)	QL (60 GM per 30 days) MO
ENSTILAR	\$0 (Tier 4)	QL (120 GM per 30 days) PA MO
fluocinolone acetonide body oil	\$0 (Tier 4)	QL (118.28 ML per 30 days) MO
fluocinolone acetonide scalp oil	\$0 (Tier 4)	QL (118.28 ML per 30 days) MO
fluocinolone acetonide crea 0.025%	\$0 (Tier 4)	QL (120 GM per 30 days) MO
fluocinolone acetonide crea 0.01%	\$0 (Tier 4)	QL (60 GM per 30 days) MO
fluocinolone acetonide oint 0.025%	\$0 (Tier 4)	QL (120 GM per 30 days) MO
fluocinolone acetonide topical soln 0.01%	\$0 (Tier 4)	QL (90 ML per 30 days) MO
fluocinonide emulsified cream	\$0 (Tier 4)	QL (120 GM per 30 days) MO
fluocinonide crea	\$0 (Tier 4)	QL (120 GM per 30 days) MO
fluocinonide gel, oint	\$0 (Tier 4)	QL (60 GM per 30 days) MO
fluocinonide soln	\$0 (Tier 4)	QL (60 ML per 30 days) MO
flurandrenolide	\$0 (Tier 4)	QL (120 GM per 30 days) MO
fluticasone propionate crea 0.05%	\$0 (Tier 3)	MO
fluticasone propionate lotn 0.05%	\$0 (Tier 4)	QL (120 ML per 30 days) MO
fluticasone propionate oint 0.005%	\$0 (Tier 3)	MO
halobetasol propionate	\$0 (Tier 4)	QL (50 GM per 30 days) MO
hydrocortisone butyrate (lipophilic)	\$0 (Tier 4)	QL (60 GM per 30 days) MO
hydrocortisone butyrate lotn	\$0 (Tier 4)	QL (118 ML per 30 days) MO
hydrocortisone butyrate crea, oint	\$0 (Tier 4)	QL (45 GM per 30 days) MO
hydrocortisone butyrate soln	\$0 (Tier 4)	QL (60 ML per 30 days) MO
hydrocortisone valerate crea, oint	\$0 (Tier 4)	QL (60 GM per 30 days) MO
hydrocortisone (generic Ala-Cort) crea 2.5%	\$0 (Tier 1)	QL (30 GM per 30 days) MO
hydrocortisone crea 1%	\$0 (Tier 1)	QL (90 GM per 30 days) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
hydrocortisone lotn 2.5%	\$0 (Tier 2)	MO
hydrocortisone oint 2.5%	\$0 (Tier 1)	QL (30 GM per 30 days) MO
mometasone furoate crea 0.1%	\$0 (Tier 3)	MO
mometasone furoate oint 0.1%	\$0 (Tier 3)	MO
mometasone furoate soln 0.1%	\$0 (Tier 3)	MO
nolix crea	\$0 (Tier 4)	QL (120 GM per 30 days) MO
PREDNICARBATE CREA	\$0 (Tier 4)	QL (60 GM per 30 days) MO
prednicarbate oint	\$0 (Tier 4)	QL (60 GM per 30 days) MO
TEXACORT	\$0 (Tier 4)	MO
tovet crea	\$0 (Tier 4)	QL (100 GM per 30 days)
triamcinolone acetonide aers spray	\$0 (Tier 4)	MO
triamcinolone acetonide crea 0.025%, 0.5%	\$0 (Tier 2)	MO
triamcinolone acetonide crea 0.1%	\$0 (Tier 2)	QL (454 GM per 30 days) MO
triamcinolone acetonide lotn 0.025%, 0.1%	\$0 (Tier 3)	MO
triamcinolone acetonide oint 0.025%, 0.1%, 0.5%	\$0 (Tier 2)	MO
triderm crea 0.5%	\$0 (Tier 2)	
triderm crea 0.1%	\$0 (Tier 2)	QL (454 GM per 30 days)
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
lidocaine hcl external soln 4%	\$0 (Tier 4)	QL (50 ML per 30 days) PA MO
lidocaine/prilocaine	\$0 (Tier 4)	QL (30 GM per 30 days) PA MO
lidocaine ptch	\$0 (Tier 3)	QL (3 EA per 1 days) PA MO
lidocaine oint	\$0 (Tier 4)	QL (35.44 GM per 30 days) PA MO
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
acyclovir oint 5%	\$0 (Tier 4)	QL (30 GM per 30 days) MO
ammonium lactate	\$0 (Tier 3)	MO
azelaic acid	\$0 (Tier 4)	QL (50 GM per 30 days) MO
diclofenac sodium gel 1%	\$0 (Tier 3)	QL (1000 GM per 30 days) PA MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DOXEPIN HYDROCHLORIDE CREA 5%	\$0 (Tier 4)	QL (45 GM per 30 days) PA MO
DOXYCYCLINE CPDR 40MG	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
FINACEA FOAM 15%	\$0 (Tier 4)	QL (50 GM per 30 days) MO
FLUOROURACIL CREA 0.5%	\$0 (Tier 4)	QL (30 GM per 30 days) PA MO
fluorouracil crea 5%	\$0 (Tier 4)	QL (40 GM per 30 days) PA MO
fluorouracil external soln 2%, 5%	\$0 (Tier 4)	QL (10 ML per 30 days) MO
hydrocortisone (generic Proctosol HC) crea 2.5%	\$0 (Tier 4)	MO
imiquimod cream 5%	\$0 (Tier 3)	QL (24 EA per 30 days) MO
IMIQUIMOD PUMP	\$0 (Tier 5)	QL (7.5 GM per 30 days) MO
metronidazole crea 0.75%	\$0 (Tier 4)	QL (45 GM per 30 days) MO
metronidazole gel 0.75%, 1%	\$0 (Tier 4)	MO
metronidazole lotn 0.75%	\$0 (Tier 4)	MO
NORITATE	\$0 (Tier 5)	QL (60 GM per 30 days) MO
ORACEA	\$0 (Tier 4)	QL (30 EA per 30 days) PA MO
PANRETIN	\$0 (Tier 5)	QL (60 GM per 30 days)
PENNSAID	\$0 (Tier 5)	QL (224 GM per 28 days) PA MO
PICATO GEL 0.05%	\$0 (Tier 5)	QL (2 EA per 30 days) MO
PICATO GEL 0.015%	\$0 (Tier 5)	QL (3 EA per 30 days) MO
podofilox	\$0 (Tier 4)	MO
procto-med hc	\$0 (Tier 4)	
procto-pak	\$0 (Tier 4)	MO
proctosol hc	\$0 (Tier 4)	MO
proctozone-hc	\$0 (Tier 4)	
RECTIV	\$0 (Tier 4)	QL (30 GM per 30 days) MO
rosadan gel/	\$0 (Tier 4)	
rosadan crea	\$0 (Tier 4)	QL (45 GM per 30 days)
tacrolimus oint 0.03%, 0.1%	\$0 (Tier 4)	QL (60 GM per 30 days) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TARGRETIN	\$0 (Tier 5)	QL (60 GM per 30 days) PA
VALCHLOR	\$0 (Tier 5)	QL (60 GM per 30 days) PA LA MO
ZYCLARA PUMP 2.5%	\$0 (Tier 5)	QL (15 GM per 30 days) MO
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
malathion	\$0 (Tier 3)	MO
permethrin	\$0 (Tier 4)	MO
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
REGRANEX	\$0 (Tier 5)	QL (30 GM per 30 days) PA MO
SANTYL	\$0 (Tier 4)	MO
SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIGATION SOLN	\$0 (Tier 3)	MO
STERILE WATER IRRIGATION PLASTIC BOTTLE	\$0 (Tier 3)	MO
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
cevimeline hydrochloride	\$0 (Tier 4)	MO
chlorhexidine gluconate oral soln	\$0 (Tier 1)	MO
CLINPRO 5000	\$0 (Tier 4)	MO
clotrimazole troc 10mg	\$0 (Tier 3)	MO
DENTAGEL	\$0 (Tier 4)	QL (56 GM per 30 days) MO
FLUORIDEX	\$0 (Tier 4)	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF/SLS FREE	\$0 (Tier 4)	
lidocaine viscous	\$0 (Tier 4)	MO
nystatin susp 100000unit/m/	\$0 (Tier 4)	MO
oralone dental paste	\$0 (Tier 4)	
paroex oral soln	\$0 (Tier 1)	
periogard oral soln	\$0 (Tier 1)	
pilocarpine hydrochloride tabs	\$0 (Tier 4)	MO
SF GEL	\$0 (Tier 4)	QL (56 GM per 30 days) MO
SODIUM FLUORIDE GEL 1.1%	\$0 (Tier 4)	QL (56 GM per 30 days) MO
triamcinolone acetonide dental paste	\$0 (Tier 4)	MO
OTIC		
acetic acid otic soln	\$0 (Tier 3)	MO
CIPRO HC	\$0 (Tier 4)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CIPRODEX	\$0 (Tier 3)	MO
CIPROFLOXACIN	\$0 (Tier 3)	MO
flac otic oi/	\$0 (Tier 4)	QL (20 ML per 30 days)
fluocinolone acetonide otic oil 0.01%	\$0 (Tier 4)	QL (20 ML per 30 days) MO
hydrocortisone/acetic acid otic soln	\$0 (Tier 4)	MO
neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic soln	\$0 (Tier 4)	MO
neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml	\$0 (Tier 4)	MO
ofloxacin otic soln 0.3%	\$0 (Tier 4)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

D. Índice de medicamentos cubiertos

En esta sección puede encontrar un medicamento buscando su nombre por orden alfabético. Esto le dirá el número de página donde puede encontrar información adicional de cobertura sobre su medicamento.

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
A			
<i>abacavir</i>	20, 22	<i>alendronate sodium</i>	64
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	22	<i>alfuzosin hcl</i>	78
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	22	ALIMTA	29
ABELCET	19	ALINIA	17
ABILIFY MAINTENA.....	52	<i>aliskiren</i>	42
<i>abiraterone acetate</i>	29	<i>allopurinol</i>	13
ABRAXANE.....	31	<i>almotriptan malate</i>	57
<i>acamprosate calcium dr</i>	59	<i>alosetron hydrochloride</i>	77
<i>acarbose</i>	62	ALPHAGAN P.....	89
<i>acebutolol hcl</i>	40	<i>alprazolam</i>	44
<i>acebutolol hydrochloride</i>	40	<i>alprazolam er</i>	44
<i>acetaminophen/codeine</i>	15	ALPRAZOLAM INTENSOL.....	44
<i>acetazolamide</i>	42	ALREX.....	89
<i>acetazolamide er</i>	42	<i>altavera</i>	65
<i>acetic acid</i>	100	ALUNBRIG	31
ACETIC ACID 0.25%	78	<i>alyacen 1/35</i>	65
<i>acetylcysteine</i>	72, 92	<i>alyacen 7/7/7</i>	65
<i>acitretin</i>	95	<i>alyq</i>	43
ACTHIB	82	<i>amabelz</i>	70
ACTIMMUNE	82	<i>amantadine hcl</i>	51
<i>acyclovir</i>	23, 98	AMBISOME.....	19
ADACEL.....	82	<i>ambrisentan</i>	43
ADC/FLUORIDE	85	<i>amethia</i>	65
<i>adefovir dipivoxil</i>	23	AMETHIA LO.....	65
ADEMPAS	43	<i>amethyst</i>	65
<i>adrucil</i>	29	<i>amikacin sulfate</i>	17
ADVAIR DISKUS.....	93	<i>amiloride hcl</i>	42
ADVAIR HFA	93	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	42
<i>afeditab cr</i>	41	<i>aminophylline</i>	92
AFINITOR.....	31	AMINOSYN II.....	86
AFINITOR DISPERZ	31	AMINOSYN-PF.....	87
<i>afirmelle</i>	65	AMINOSYN-PF 7%	87
AIMOVIG.....	57	<i>amiodarone hcl</i>	38
<i>ala-cort</i>	96	<i>amiodarone hydrochloride</i>	38
<i>albendazole</i>	17	<i>amitriptyline hcl</i>	48
<i>albuterol sulfate</i>	92	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	48
<i>albuterol sulfate er</i>	92	<i>amlodipine besylate</i>	36, 37, 41, 42
<i>albuterol sulfate hfa</i>	92	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	42
<i>alclometasone dipropionate</i>	96	<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	36
ALDURAZYME	72	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	37
ALECENSA	31	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	37
		<i>amlodipine/valsartan/hctz</i>	37

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	37	<i>augmented betamethasone dipropionate</i>	96
<i>ammonium lactate</i>	98	<i>aurovela 1.5/30</i>	65
<i>amnesteem</i>	94	<i>aurovela 24 fe</i>	65
<i>amoxapine</i>	49	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	65
<i>amoxicillin</i>	26	<i>aurovela fe 1/20</i>	65
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	26	AURYXIA	73
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	26	AUSTEDO.....	58
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	55	AVASTIN.....	32
<i>amphetamine/dextroamphetamine er</i>	55	<i>aviane</i>	65
<i>amphotericin b</i>	19	AVITA	94
<i>ampicillin</i>	26	<i>ayuna</i>	65
<i>ampicillin sodium</i>	26	AYVAKIT	32
<i>ampicillin-sulbactam</i>	26	<i>azacitidine</i>	29
ANADROL-50	60	AZASITE	88
<i>anagrelide hydrochloride</i>	80	<i>azathioprine</i>	82
<i>anastrozole</i>	29	<i>azelaic</i>	98
ANDRODERM.....	60	<i>azelastine hcl</i>	89, 91
ANORO ELLIPTA	91	<i>azelastine hydrochloride</i>	91
APOKYN.....	51	<i>azithromycin</i>	25
<i>aprepitant</i>	74	AZITHROMYCIN	25
<i>apri</i>	65	AZOPT.....	90
APTIOM	44	<i>aztreonam</i>	17
APTIVUS.....	20	<i>azurette</i>	65
ARALAST NP	92		
<i>aranelle</i>	65	B	
ARCALYST.....	82	<i>bacitracin</i>	88
<i>aripiprazole</i>	52	<i>bacitracin/polymyxin</i>	88
<i>aripiprazole odt</i>	52	<i>baclofen</i>	58
ARISTADA	52	<i>balsalazide disodium</i>	76
ARISTADA INITIO	52	BALVERSA.....	32
<i>armodafinil</i>	59	<i>balziva</i>	65
ARNUIY ELLIPTA	93	BANZEL.....	44
<i>arsenic trioxide</i>	30	BARACLUDE	24
<i>ashlyna</i>	65	BASAGLAR KWIKPEN.....	60
<i>aspirin/dipyridamole</i>	80	BCG VACCINE.....	82
<i>atazanavir sulfate</i>	20	BD ALCOHOL SWABS.....	60
<i>atenolol</i>	40	BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2.....	60
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	40	BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC INSULIN SYRINGE ULTRA-AFINE/0.3ML/31G X 6MM....	61
<i>atomoxetine</i>	55	BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 1/2	60
<i>atorvastatin calcium</i>	39	BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 5/16	61
<i>atovaquone</i>	17, 20	BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16	60
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	20	<i>bekyree</i>	65
ATRIPLA	22		
ATROPINE SULFATE	90		
ATROVENT HFA.....	91		
<i>aubra</i>	65		
<i>aubra eq</i>	65		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
BELEODAQ	32	<i>budesonide</i>	76, 93
BELSOMRA	56	<i>budesonide er</i>	76
<i>benazepril hcl</i>	36	<i>bumetanide</i>	42
<i>benazepril hcl/hydrochlorothiazide</i>	36	<i>buprenorphine</i>	14
<i>benazepril hydrochloride</i>	36	<i>buprenorphine hcl</i>	59
BENDEKA.....	28	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	59
BENLYSTA.....	82	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i>	
<i>benztropine mesylate</i>	51	<i>hydrochloride</i>	59
BEPREVE	89	<i>bupropion</i>	49
<i>besper</i>	96	<i>bupropion hydrochloride</i>	49
BESIVANCE	88	<i>bupropion hydrochloride er</i>	59
<i>betamethasone dipropionate</i>	96	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	49
<i>betamethasone valerate</i>	96	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	49
BETASERON	58	<i>buspirone hcl</i>	44
<i>betaxolol hcl</i>	40, 90	<i>buspirone hydrochloride</i>	44
<i>bethanechol chloride</i>	78	<i>busulfan</i>	28
BETOPTIC-S.....	90	<i>butorphanol tartrate</i>	15
BEVESPI AEROSPHERE	91	BYDUREON BCISE	62
<i>bexarotene</i>	30	BYDUREON PEN	62
BEXSERO	82	BYETTA	62
<i>bicalutamide</i>	29	BYSTOLIC.....	40
BICILLIN L-A	26		
BIDIL	42	C	
BIKTARVY.....	22	<i>cabergoline</i>	72
<i>bisoprolol fumarate</i>	40	CABOMETYX.....	32
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	40	<i>calcipotriene</i>	96
BIVIGAM	81	<i>calcipotriene/betamethasone dipropionate</i>	96
<i>bleomycin sulfate</i>	28	<i>calcitonin-salmon</i>	64
BLEPHAMIDE S.O.P. OINT	87	<i>calcitriol</i>	74
<i>blisovi 24 fe</i>	65	CALCITRIOL	96
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	65	<i>calcium acetate</i>	73
<i>blisovi fe 1/20</i>	65	CALQUENCE.....	32
BOOSTRIX.....	83	<i>camila</i>	65
BORTEZOMIB.....	32	CAMRESE.....	65
<i>bosentan</i>	43	CAMRESE LO	65
BOSULIF	32	<i>candesartan cilexetil</i>	37, 38
BRAFTOVI	32	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	37
BREO ELLIPTA	93	CAPLYTA	52
<i>briellyn</i>	65	CAPRELSA.....	32
BRILINTA	80	<i>captopril</i>	36
<i>brimonidine tartrate</i>	90	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	36
BRIMONIDINE TARTRATE	90	CARAFATE.....	77
BRIVIACT.....	44, 45	CARBAGLU	72
<i>bromfenac</i>	89	<i>carbamazepine</i>	45
<i>bromocriptine mesylate</i>	51	<i>carbamazepine er</i>	45
BROMSITE	89	<i>carbidopa</i>	51
BRUKINSA	32	<i>carbidopa/levodopa</i>	51, 52

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE	52	<i>chloramphenicol</i>	17
<i>carbidopa/levodopa er</i>	52	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	44
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	52	<i>chlordiazepoxide hydrochloride</i>	44
<i>carbinoxamine maleate</i>	91	<i>chlorhexidine gluconate</i>	100
CARBINOXAMINE MALEATE	91	<i>chloroquine phosphate</i>	20
<i>carboplatin</i>	28	<i>chlorpromazine hcl</i>	53
<i>carmustine</i>	28	CHLORPROMAZINE HCL INJ.....	53
<i>carteolol hcl</i>	90	<i>chlorthalidone</i>	42
<i>cartia xt</i>	41	<i>chlorzoxazone</i>	58
<i>carvedilol</i>	40	CHLORZOXAZONE.....	58
<i>carvedilol phosphate er</i>	40	<i>cholestyramine</i>	39
<i>caspofungin acetate</i>	19	<i>cholestyramine light</i>	39
CAYSTON.....	17	<i>ciclopirox</i>	95
<i>caziant</i>	66	<i>ciclopirox olamine</i>	95
<i>cefaclor</i>	24	<i>cilostazol</i>	80
CEFACLOR ER.....	24	CILOXAN.....	88
<i>cefadroxil</i>	24	CIMDUO	22
CEFAZOLIN.....	24	<i>cimetidine</i>	76
<i>cefazolin sodium</i>	25	<i>cimetidine hcl</i>	76
CEFAZOLIN SODIUM.....	24	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	72
<i>cefdinir</i>	25	CIPRODEX.....	101
<i>cefepime</i>	25	CIPROFLOXACIN	26, 88, 101
<i>cefixime</i>	25	<i>ciprofloxacin hcl</i>	26
<i>cefotetan</i>	25	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	26, 88
<i>cefoxitin sodium</i>	25	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	26
<i>cefpodoxime proxetil</i>	25	CIPRO HC	100
<i>cefprozil</i>	25	<i>cisplatin</i>	28
<i>ceftazidime</i>	25	<i>citalopram hydrobromide</i>	49
CEFTAZIDIME/DEXTROSE	25	<i>cladribine</i>	29
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	25	<i>claravis</i>	94
<i>ceftriaxone sodium</i>	25	<i>clarithromycin</i>	25, 26
CEFTRIAZONE SODIUM	25	<i>clarithromycin er</i>	26
<i>cefuroxime axetil</i>	25	<i>clemastine fumarate</i>	91
<i>cefuroxime sodium</i>	25	<i>clindacin etz pledgets</i>	94
<i>celecoxib</i>	13	<i>clindacin-p</i>	94
CELONTIN	45	<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	94
<i>cephalexin</i>	25	<i>clindamycin hcl</i>	17
CERDELGA.....	72	<i>clindamycin hydrochloride</i>	17
CEREZYME	72	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	17
<i>cetirizine hydrochloride</i>	91	<i>clindamycin phosphate</i>	17, 78, 94
<i>cevimeline hydrochloride</i>	100	CLINDAMYCIN PHOSPHATE.....	94
CHANTIX.....	59	<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	94
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK.....	59	<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	17
CHANTIX STARTING MONTH PAK	59	CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE.....	17
<i>chateal</i>	66	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	87
<i>chateal eq</i>	66	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%.....	87
CHEMET.....	64	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	87

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	87	CURITY GAUZE PADS 2	61
<i>clinisol sf 15%</i>	87	<i>cyclafem 1/35</i>	66
CLINOLIPID	87	<i>cyclafem 7/7/7</i>	66
CLINPRO 5000	100	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	59
<i>clobazam</i>	45	<i>cyclophosphamide</i>	28
<i>clobetasol propionate</i>	96, 97	<i>cycloserine</i>	23
<i>clobetasol propionate emollient</i>	96	<i>cyclosporine</i>	82
<i>clobetasol propionate emollient foam</i>	96	<i>cyclosporine modified</i>	82
<i>clobetasol propionate spray</i>	96	<i>cyproheptadine hcl</i>	91
<i>clodan</i>	97	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	91
<i>clofarabine</i>	29	<i>cyred</i>	66
<i>clomipramine hcl</i>	49	<i>cyred eq</i>	66
<i>clonazepam</i>	45	CYSTADANE	72
<i>clonazepam odt</i>	45	CYSTAGON	72
<i>clonidine hcl</i>	42	CYSTARAN	90
<i>clonidine hydrochloride</i>	42	<i>cytarabine aqueous</i>	29
<i>clopidogrel</i>	80		
<i>clorazepate dipotassium</i>	45	D	
<i>clotrimazole</i>	95	<i>dacarbazine</i>	30
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	95	<i>dactinomycin</i>	28
<i>clotrimazole troc</i>	100	<i>dalfampridine er</i>	58
<i>clovique</i>	64	DALIRESP.....	92
<i>clozapine</i>	53	<i>danazol</i>	70
<i>clozapine odt</i>	53	<i>dantrolene sodium</i>	59
CLOZAPINE ODT	53	<i>dapsone</i>	17, 94
COARTEM	20	DAPTACEL	83
CODEINE SULFATE	15	<i>daptomycin</i>	17
<i>colchicine</i>	13	DAPTOMYCIN	17
<i>coleselam hydrochloride</i>	39	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	78
<i>colestipol hcl</i>	39	<i>dasetta 1/35</i>	66
<i>colistimethate</i>	17	<i>dasetta 7/7/7</i>	66
<i>colocort</i>	76	<i>daunorubicin hydrochloride</i>	28
COMBIGAN	90	DAUNORUBICIN HYDROCHLORIDE	28
COMBIVENT RESPIMAT.....	91	DAURISMO	32
COMETRIQ	32	<i>daysee</i>	66
COMPLERA.....	22	<i>deblitane</i>	66
<i>compro</i>	74	<i>decitabine</i>	29
<i>constulose</i>	76	<i>deferasirox</i>	64
COPAXONE.....	58	DELESTROGEN.....	70
COPIKTRA.....	32	DELSTRIGO.....	22
CORLANOR.....	42	DEMSER.....	42
<i>cortisone acetate</i>	71	DENTAGEL.....	100
COTELLIC.....	32	DEPO-PROVERA.....	29
CREON	77	DESCOVY	22
CRIXIVAN	20	<i>desipramine hcl</i>	49
<i>cromolyn sodium</i>	77, 89, 92	<i>desloratadine</i>	91
<i>cryselle-28</i>	66	<i>desloratadine odt</i>	91

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>desmopressin acetate</i>	72	<i>digox</i>	42
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	66	<i>digoxin</i>	42, 43
<i>desonide</i>	97	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	57
<i>desoximetasone</i>	97	DILANTIN.....	45
<i>desvenlafaxine er</i>	49	DILANTIN-125.....	45
DESVENLAFAXINE ER	49	DILANTIN INFATABS	45
<i>dexamethasone</i>	71, 89	<i>diltiazem hcl</i>	41
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	71	DILTIAZEM HCL.....	41
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	71, 89	<i>diltiazem hcl cd</i>	41
DEXILANT	77	<i>diltiazem hcl er</i>	41
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	55	<i>diltiazem hcl inj</i>	41
<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	55	<i>diltiazem hydrochloride</i>	41
<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	55	<i>dilt-xr</i>	41
<i>dexrazoxane</i>	36	DIMENHYDRINATE	74
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	55	<i>diphenhydramine hcl</i>	91
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	55	<i>diphenoxylate/atropine</i>	77
DEXTROSE 2.5%/NACL 0.45%	84	DIPHTHERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED	
<i>dextrose 5%</i>	84, 87	PEDIATRIC	83
DEXTROSE 5% /ELECTROLYTE #48 VIAFLEX.....	84	<i>dipyridamole</i>	80
DEXTROSE 5%/LACTATED RINGERS	84	<i>disopyramide phosphate</i>	38
DEXTROSE 5%/NACL 0.2%.....	84	<i>disulfiram</i>	59
DEXTROSE 5%/NACL 0.3%.....	84	<i>divalproex sodium</i>	45
DEXTROSE 5%/NACL 0.9%.....	84	<i>divalproex sodium dr</i>	45
DEXTROSE 5%/NACL 0.33%	84	<i>divalproex sodium er</i>	45
DEXTROSE 5%/NACL 0.45%	84	<i>docetaxel</i>	31
DEXTROSE 5%/NACL 0.225%	84	DOCETAXEL.....	31
<i>dextrose 10%</i>	84, 87	<i>dofetilide</i>	38
DEXTROSE 10%/NACL 0.2%	84	<i>donepezil hc</i>	48
DEXTROSE 10%/NACL 0.45%	84	<i>donepezil hcl</i>	48
DEXTROSE 50%.....	87	<i>donepezil hydrochloride</i>	48
DEXTROSE 70%.....	87	<i>dorzolamide hcl</i>	90
<i>diazepam</i>	45	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	90
DIAZEPAM RECTAL GEL	45	<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate</i>	90
<i>diazoxide</i>	72	<i>dotti</i>	70
<i>diclofenac potassium</i>	13	DOVATO	22
<i>diclofenac sodium</i>	89, 98	<i>doxazosin mesylate</i>	37
<i>diclofenac sodium dr</i>	13	DOXEPINE HYDROCHLORIDE	99
<i>diclofenac sodium er</i>	13	<i>doxepin hcl</i>	49
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	13	<i>doxepin hydrochloride</i>	49, 56
<i>dicloxacillin</i>	27	<i>doxercalciferol</i>	74
<i>dicyclomine hcl</i>	75	<i>doxorubicin hcl liposome</i>	28
<i>dicyclomine hydrochloride</i>	75	<i>doxorubicin hydrochloride liposomal</i>	28
<i>didanosine</i>	20	<i>doxy 100</i>	27
DIFICID.....	26	<i>doxycycline</i>	27
<i>diflorasone diacetate</i>	97	DOXYCYCLINE.....	99
<i>diflunisal</i>	13	<i>doxycycline hyclate</i>	27
<i>digitek</i>	42	<i>doxycycline hyclate dr</i>	27

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>doxycycline monohydrate</i>	27	ENSTILAR.....	97
DRIZALMA	49	<i>entacapone</i>	52
<i>dronabinol</i>	74	<i>entecavir</i>	24
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	66	ENTRESTO	37
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate</i>		<i>enulose</i>	76
<i>calcium</i>	66	EPCLUSA.....	24
DROXIA.....	80	EPIDIOLEX	45
DUAVEE	70	<i>epinastine hcl</i>	89
DUEXIS.....	13	<i>epinephrine hcl</i>	92
<i>duloxetine hydrochloride</i>	49	EIPEN 2-PAK.....	92
DUREZOL.....	89	EIPEN-JR 2-PAK	92
<i>dutasteride</i>	78	<i>epirubicin hcl</i>	28
<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i>	78	<i>epitol</i>	45
E		EPIVIR HBV	24
<i>econazole nitrate</i>	95	<i>eplerenone</i>	37
EDARBI.....	38	<i>epoprostenol sodium</i>	44
EDARBYCLOR.....	37	<i>eprosartan mesylate</i>	38
EDURANT	20	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	57
<i>efavirenz</i>	20, 21	ERIVEDGE	32
EFFER-K.....	85	ERLEADA.....	29
EFFERVESCENT POTASSIUM	85	<i>erlotinib hydrochloride</i>	32
<i>eletriptan hydrobromide</i>	57	<i>errin</i>	66
<i>elinest</i>	66	ERTACZO	95
ELIQUIS.....	79	<i>ertapenem</i>	17
ELIQUIS STARTER PACK	79	<i>ery</i>	94
ELITEK.....	36	ERYTHROCIN LACTOBIONATE	26
ELMIRON	78	<i>erythrocin stearate</i>	26
<i>eluryng</i>	66	<i>erythromycin</i>	26, 88, 94
EMCYT	29	<i>erythromycin base</i>	26
EMEND	74	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	94
<i>emoquette</i>	66	<i>erythromycin dr</i>	26
EMSAM	49	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	26
EMTRIVA.....	21	<i>erythromycin stearate</i>	26
EMVERM	17	ESBRIET	92
<i>enalapril maleate</i>	36	<i>escitalopram oxalate</i>	49
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	36	<i>esomeprazole magnesium</i>	77
ENBREL.....	80	<i>esomeprazole sodium</i>	77
ENBREL MINI.....	80	<i>estarylla</i>	66
ENBREL SURECLICK.....	80	<i>estradiol</i>	70
ENDARI	80	<i>estradiol/norethindrone acetateng</i>	70
<i>endocet</i>	15	<i>estradiol vaginal</i>	70
ENGERIX-B.....	83	<i>estradiol valerate</i>	70
ENHERTU.....	32	ESTRING	70
<i>enoxaparin sodium</i>	79	<i>eszopiclone</i>	56
<i>enpresse-28</i>	66	<i>ethambutol hydrochloride</i>	23
<i>enskyce</i>	66	<i>ethosuximide</i>	45
		<i>ethosuximide soln</i>	46

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	66	FLEBOGAMMA DIF	81
<i>etodolac</i>	13	<i>flecainide acetate</i>	38
<i>etodolac er</i>	13	FLOVENT DISKUS.....	93
ETONOGESTREL/ETHINYL ESTRADIOL.....	66	FLOVENT HFA	93
<i>etoposide</i>	31	<i>fluconazole</i>	19
<i>euthyrox</i>	73	<i>fluconazole in nacl</i>	19
<i>everolimus</i>	32, 82	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	19
EVOTAZ.....	22	<i>flucytosine</i>	19
<i>exemestane</i>	30	<i>fludarabine phosphate</i>	29
<i>ezetimibe</i>	39	<i>fludrocortisone acetate</i>	71
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	39	<i>flunisolide</i>	93
F		<i>fluocinolone acetonide</i>	97
FABRAZYME	72	<i>fluocinolone acetonide body oil</i>	97
<i>falmina</i>	66	<i>fluocinolone acetonide otic oil</i>	101
<i>famciclovir</i>	24	<i>fluocinolone acetonide scalp oil</i>	97
<i>famotidine</i>	76	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	97
<i>famotidine premixed</i>	76	<i>fluocinonide</i>	97
FANAPT.....	53	<i>fluocinonide emulsified</i>	97
FANAPT TITRATION PACK.....	53	FLUORIDE.....	85
FARXIGA.....	62	FLUORIDEX.....	100
FARYDAK	32	FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF/SLS FREE.....	100
FASENRA.....	92, 93	FLUORITAB.....	85
FASENRA PEN	93	FLUOROMETHOLONE.....	89
<i>fayosim</i>	66	<i>fluorouracil</i>	29, 99
<i>febuxostat</i>	13	FLUOROURACIL CREA 0.5%	99
<i>felbamate</i>	46	<i>fluorouracil external</i>	99
<i>felodipine er</i>	41	<i>fluoxetine dr</i>	50
<i>femynor</i>	66	<i>fluoxetine hcl</i>	50
<i>fenofibrate</i>	39	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	50
<i>fenofibrate micronized</i>	39	<i>fluphenazine decanoate</i>	53
FENOFIBRIC ACID	39	<i>fluphenazine hcl</i>	53
<i>fenofibric acid dr</i>	39	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	53
<i>fenoprofen calcium</i>	13	<i>flurandrenolide</i>	97
FENOPROFEN CALCIUM	13	<i>flurbiprofen</i>	13
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	15	<i>flurbiprofen sodium</i>	89
<i>fentanyl transdermal patch</i>	14	<i>flutamide</i>	30
FETZIMA	49, 50	<i>fluticasone propionate</i>	93, 97
FETZIMA TITRATION PACK	49	<i>fluvastatin</i>	39
FIASP	61	<i>fluvastatin sodium er</i>	39
FIASP FLEXTOUCH.....	61	<i>fluvoxamine maleate</i>	44
FIASP PENFILL.....	61	<i>fluvoxamine maleate er</i>	44
FINACEA	99	<i>fomepizole</i>	72
<i>finasteride</i>	78	<i>fondaparinux sodium</i>	79
FINTEPLA	46	FORTEO	64
<i>flac</i>	101	<i>fosamprenavir calcium</i>	21
<i>flavoxate hcl</i>	78	<i>fosinopril sodium</i>	36
		<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	36

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>fosphenytoin sodium</i>	46	<i>glimepiride</i>	62
FRAGMIN.....	79	<i>glipizide</i>	62
FREAMINE HBC.....	87	<i>glipizide er</i>	62
FREAMINE III.....	87	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	62
<i>frovatriptan succinate</i>	57	<i>glipizide xl</i>	62
<i>fulvestrant</i>	30	<i>glycopyrrolate</i>	75
<i>furosemide</i>	42	GLYXAMBI.....	62
FUZEON.....	21	GOLYTELY.....	76
<i>fyavolv</i>	70	<i>granisetron hcl</i>	74
FYCOMPA.....	46	<i>griseofulvin microsize</i>	20
G		<i>griseofulvin ultramicrosized</i>	20
<i>gabapentin</i>	46	<i>guanfacine er</i>	55
<i>galantamine hydrobromide</i>	48	<i>guanfacine hcl</i>	43
<i>galantamine hydrobromide er</i>	48	GUANIDINE HCL.....	58
GAMASTAN.....	81	GVOKE HYPOPEN.....	72
GAMMAGARD LIQUID.....	81	GVOKE PFS.....	72
GAMMAGARD S/D.....	81	H	
GAMMAKED.....	81	HAEGARDA.....	80
GAMMAPLEX.....	81	<i>hailey 1.5/30</i>	66
GAMUNEX-C.....	81	<i>haily 24 fe</i>	66
<i>ganciclovir</i>	24	<i>halobetasol propionate</i>	97
GARDASIL 9.....	83	<i>haloperidol</i>	53
<i>gatifloxacin</i>	88	<i>haloperidol decanoate</i>	53
GATTEX.....	77	<i>haloperidol lactate</i>	53
<i>gavilyte-c</i>	76	HARVONI.....	24
<i>gavilyte-g</i>	76	HAVRIX.....	83
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	76	<i>heather</i>	66
<i>gemcitabine</i>	29	<i>heparin sodium</i>	79
<i>gemcitabine hcl</i>	29	HEPARIN SODIUM.....	79
<i>gemcitabine hydrochloride</i>	29	HEPARIN SODIUM/D5W.....	79
GEMCITABINE HYDROCHLORIDE.....	29	HEPARIN SODIUM/DEXTROSE.....	79
<i>gemfibrozil</i>	39	HEPARIN SODIUM/NACL 0.45%.....	79
<i>generlac</i>	76	HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE.....	79
<i>gengraf</i>	82	HEPATAMINE.....	87
GENOTROPIN.....	72	HERCEPTIN.....	32
GENOTROPIN MINIQUICK.....	72	HERCEPTIN HYLECTA.....	32
<i>gentak</i>	88	HETLIOZ.....	56
<i>gentamicin sulfate</i>	18, 88, 95	HIBERIX.....	83
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	18	HUMIRA.....	81
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	18	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK.....	80
GENVOYA.....	22	HUMIRA PEN.....	81
GEODON.....	53	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	61
GIANVI.....	66	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	61
GILENYA.....	58	<i>hydralazine hcl</i>	43
GILOTRIF.....	32	<i>hydralazine hydrochloride</i>	43
GLEOSTINE.....	28		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>hydrochlorothiazide</i>	42	INFANRIX	83
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	15	INLYTA	33
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	15	INQOVI.....	30
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	15	INREBIC	33
<i>hydrocortisone</i>71, 76, 97, 98, 99		INTELENCE	21
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	101	INTRON A	82
<i>hydrocortisone butyrate</i>	97	<i>introvale</i>	67
<i>hydrocortisone butyrate (lipophilic)</i>	97	INVEGA SUSTENNA	53
<i>hydrocortisone valerate</i>	97	INVEGA TRINZA	53
<i>hydromorphone hcl</i> 15, 16		INVIRASE.....	21
HYDROMORPHONE HCL	16	IONOSOL-MB/DEXTROSE 5%.....	84
<i>hydromorphone hydrochloride</i>	16	IPOL INACTIVATED IPV.....	83
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE	16	<i>ipratropium bromide</i>	91
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	81	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	91
<i>hydroxyurea</i>	30	<i>ipratropium bromide nasal</i>	91
<i>hydroxyzine hcl</i>	91	<i>irbesartan</i>	37, 38
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	91	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	37
<i>hydroxyzine pamoate</i>	91	IRESSA.....	33
HYSINGLA ER	14	<i>irinotecan</i>	31
I		<i>irinotecan hcl</i>	30
<i>ibandronate sodium</i>	64	<i>irinotecan hydrochloride</i>	30
IBRANCE	32	ISENTRESS.....	21
<i>ibu</i>	13	ISENTRESS HD	21
<i>ibuprofen</i>	14	<i>isibloom</i>	67
<i>icatibant acetate</i>	80	ISOLYTE-P/DEXTROSE 5%.....	84
ICLUSIG.....	33	ISOLYTE-S.....	84
<i>idarubicin hcl</i>	28	<i>isoniazid</i>	23
IDHIFA.....	33	<i>isosorbide dinitrate</i>	43
IFEX	28	<i>isosorbide mononitrate</i>	43
<i>ifosfamide</i>	28	<i>isosorbide mononitrate er</i>	43
IFOSFAMIDE	28	<i>isotonic gentamicin</i>	18
ILEVRO	89	<i>isotretinoin</i>	94
<i>imatinib mesylate</i>	33	<i>isradipine</i>	41
IMBRUVICA.....	33	<i>itraconazole</i>	20
<i>imipenem/cilastatin</i>	18	<i>ivermectin</i>	18
<i>imipramine hcl</i>	50	IXIARO.....	83
<i>imipramine hydrochloride</i>	50	J	
<i>imipramine pamoate</i>	50	<i>jaimiess</i>	67
<i>imiquimod</i>	99	JAKAFI	33
IMIQUIMOD PUMP.....	99	<i>jantoven</i>	79
IMLYGIC	30	JANUMET	62
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	83	JANUMET XR.....	62
<i>incassia</i>	66	JANUVIA.....	62
INCRELEX.....	72	JARDIANCE	62
INCRUSE ELLIPTA	91	<i>jasmiel</i>	67
<i>indapamide</i>	42	<i>jencycla</i>	67

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
JENTADUETO.....	62	<i>klor-con m15</i>	85
JETNADUETO XR.....	62	<i>klor-con m20</i>	85
<i>jinteli</i>	70	KORLYM.....	72
JOLESSA.....	67	<i>kurvelo</i>	67
JOLIVETTE.....	67	KUVAN.....	72
<i>juleber</i>	67		
JULUCA.....	22	L	
<i>junel 1.5/30</i>	67	<i>labetalol hydrochloride</i>	40
<i>junel 1/20</i>	67	<i>lactated ringers viaflex</i>	84
<i>junel fe 1.5/30</i>	67	<i>lactulose</i>	76
<i>junel fe 1/20</i>	67	<i>lamivudine</i>	21, 24
<i>junel fe 24</i>	67	<i>lamivudine/zidovudine</i>	22
JUXTAPID.....	39	<i>lamotrigine</i>	46
		<i>lamotrigine er</i>	46
K		<i>lamotrigine odt</i>	46
KADCYLA.....	33	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	46
<i>kaitlib fe</i>	67	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	46
KALETRA.....	22	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	46
<i>kalliga</i>	67	<i>lansoprazole/amoxicillin/clarithromycin</i>	77
KALYDECO.....	93	<i>lansoprazole dr</i>	77
<i>kariva</i>	67	<i>larin 1.5/30</i>	67
KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9%.....	84	<i>larin 1/20</i>	67
KCL 0.3%/D5W/NACL 0.45%.....	84	<i>larin 24 fe</i>	67
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.2%.....	84	<i>larin fe 1.5/30</i>	67
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.9%.....	84	<i>larin fe 1/20</i>	67
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.45%.....	84	<i>larissia</i>	67
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.225%.....	84	LASTACAPT.....	89
KCL 0.075%/D5W/NACL 0.45%.....	84	<i>latanoprost</i>	90
<i>kelnor 1/35</i>	67	LATUDA.....	53
<i>kelnor 1/50</i>	67	LEENA.....	67
<i>ketoconazole</i>	20, 95, 96	<i>leflunomide</i>	81
<i>ketoprofen</i>	14	LENVIMA.....	33
<i>ketoprofen er</i>	14	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE.....	33
<i>ketorolac tromethamine</i>	14, 89	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE.....	33
KEYTRUDA.....	33	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE.....	33
KHAPZORY.....	36	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE.....	33
KINRIX.....	83	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE.....	33
<i>kionex</i>	64	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE.....	33
KISQALI.....	31, 33	<i>lessina</i>	67
KISQALI FEMARA 200MG-2.5MG CO-PACK.....	31	<i>letrozole</i>	30
KISQALI FEMARA 400MG-2.5MG CO-PACK.....	31	<i>leucovorin calcium</i>	36
KISQALI FEMARA 600MG-2.5MG CO-PACK.....	31	LEUKERAN.....	28
<i>klor-con</i>	86	<i>leuprolide acetate</i>	30
KLOR-CON 8.....	85	<i>levabuterol hcl</i>	92
KLOR-CON 10.....	85	<i>levabuterol hydrochloride</i>	92
KLOR-CON/EF.....	86	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA.....	92
<i>klor-con m10</i>	85	LEVEMIR.....	61

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
LEVEMIR FLEXTOUCH	61	<i>lorcet hd</i>	16
<i>levetiracetam</i>	46	<i>lorcet plus</i>	16
<i>levetiracetam er</i>	46	<i>loryna</i>	68
<i>levetiracetam/sodium chloride</i>	46	<i>losartan potassium</i>	38
<i>levobunolol hcl</i>	90	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	37
<i>levocarnitine</i>	72	LOTEMAX.....	89
LEVOCARNITINE	72	LOTEMAX SM	89
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	91	<i>loteprednol etabonate</i>	89
<i>levofloxacin</i>	26, 88	<i>lovastatin</i>	39
<i>levofloxacin in d5w</i>	26	<i>low-ogestrel</i>	68
<i>levoleucovorin</i>	36	<i>loxapine</i>	53
<i>levonest</i>	67	<i>loxapine succinate</i>	54
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	67	<i>lo-zumandimine</i>	67
<i>levora</i>	67	LUDENT	86
LEVO-T	73	LUMIGAN	90
<i>levothyroxine sodium</i>	74	LUMIZYME.....	72
LEVOTHYROXINE SODIUM	74	LUMOXITI	33
LEVOXYL	74	LUPRON DEPOT	30
LEXIVA.....	21	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	73
LIBTAYO.....	33	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	73
<i>lidocaine</i>	98	<i>lutera</i>	68
<i>lidocaine hcl</i>	17, 38	LYNPARZA	33
LIDOCAINE HCL	38	LYRICA CR.....	58
<i>lidocaine hcl external</i>	98	LYSODREN.....	30
LIDOCAINE HCL IN D5W.....	38	<i>lyza</i>	68
<i>lidocaine hydrochloride pf</i>	17		
<i>lidocaine/prilocaine</i>	98	M	
<i>lidocaine viscous</i>	100	<i>mafenide acetate</i>	95
<i>lillow</i>	67	<i>magnesium sulfate</i>	84
<i>linezolid</i>	18	MAGNESIUM SULFATE.....	84
LINEZOLID	18	<i>malathion</i>	100
LINZESS	77	<i>maprotiline hcl</i>	50
<i>liothyronine sodium</i>	74	<i>marlissa</i>	68
<i>lisinopril</i>	36	MARPLAN	50
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	36	MATULANE.....	31
LITHIUM.....	58	<i>matzim la</i>	41
<i>lithium carbonate</i>	58	MAVYRET	24
<i>lithium carbonate er</i>	58	<i>meclizine hcl</i>	74
<i>lojaimiess</i>	68	<i>meclofenamate sodium</i>	14
LOKELMA.....	64	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	68, 73
LONSURF.....	31	<i>mefloquine hcl</i>	20
<i>loperamide hcl</i>	77	<i>megestrol acetate</i>	30, 73
<i>lopinavir/ritonavir</i>	22	MEKINIST.....	33
LOPREEZA	70	MEKTOVI	33
<i>lorazepam</i>	44	<i>melodetta 24 fe</i>	68
LORBRENA	33	<i>meloxicam</i>	14
<i>lorcet</i>	16	<i>melphalan</i>	28

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>melphalan hydrochloride</i>	28	<i>metronidazole in nacl</i>	18
MEMANTINE HCL TITRATION PAK.....	48	<i>mibelas 24 fe</i>	68
<i>memantine hydrochloride</i>	48	<i>micafungin</i>	20
<i>memantine hydrochloride er</i>	48	<i>miconazole 3</i>	79
MENACTRA.....	83	MICROGESTIN 1.5/30.....	68
MENVEO	83	MICROGESTIN 1/20.....	68
<i>meprobamate</i>	44	MICROGESTIN FE 1.5/30.....	68
<i>mercaptapurine</i>	29	MICROGESTIN FE 1/20.....	68
<i>meropenem</i>	18	<i>midodrine hcl</i>	43
<i>mesalamine</i>	76	<i>miglitol</i>	63
<i>mesalamine dr</i>	76	<i>miglustat</i>	73
<i>mesna</i>	36	<i>mili</i>	68
MESNEX.....	36	<i>mimvey</i>	70
<i>metadate er</i>	55	<i>minitrán</i>	43
<i>metaproterenol sulfate</i>	92	<i>minocycline hcl</i>	27
<i>metformin hydrochloride</i>	63	<i>minocycline hydrochloride</i>	27
<i>metformin hydrochloride er</i>	62, 63	<i>minocycline hydrochloride er</i>	27
<i>methadone hcl</i>	14, 15	<i>minoxidil</i>	43
METHADONE HCL INJ	14	<i>mirtazapine</i>	50
<i>methazolamide</i>	42	<i>mirtazapine odt</i>	50
<i>methenamine hippurate</i>	18	<i>misoprostol</i>	77
METHENAMINE MANDELATE.....	18	MITIGARE	13
<i>methergine</i>	73	<i>mitomycin</i>	28, 29
<i>methimazole</i>	74	<i>mitoxantrone hcl</i>	31
<i>methotrexate</i>	29, 81	M-M-R II.....	83
<i>methotrexate sodium</i>	29	M-NATAL PLUS	86
<i>methoxsalen</i>	96	<i>modafinil</i>	59
<i>methscopolamine bromide</i>	75	<i>moexipril hcl</i>	36
<i>methylidopa</i>	43	<i>molindone hydrochloride</i>	54
<i>methylergonovine maleate</i>	73	<i>mometasone furoate</i>	93, 98
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	56	<i>mondoxyne nl</i>	27
<i>methylphenidate hydrochloride/5ml</i>	56	<i>mono-linyah</i>	68
<i>methylphenidate hydrochloride cd er</i>	56	<i>montelukast sodium</i>	92
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	56	<i>morgidox 1x100mg</i>	27
METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER	56	<i>morgidox 2x100mg</i>	27
<i>methylprednisolone</i>	71	<i>morphine sulfate</i>	16
<i>methylprednisolone acetate</i>	71	MORPHINE SULFATE.....	16
<i>methylprednisolone sodium succinate</i>	71	<i>morphine sulfate er</i>	15
<i>metoclopramide hcl</i>	74	MOVANTIK	77
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	74	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	26, 88
<i>metoclopramide odt</i>	75	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	
METOCLOPRAMIDE ODT	74	<i>hydrochloride</i>	26
<i>metolazone</i>	42	MULTAQ	38
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	40	MULTI VITAMIN/FLUORIDE	86
<i>metoprolol succinate er</i>	40	MULTIVITAMIN/FLUORIDE	86
<i>metoprolol tartrate</i>	40	MULTI-VITAMIN/FLUORIDE DROPS.....	86
<i>metronidazole</i>	18, 79, 99	MULTI-VITAMIN/FLUORIDE/IRON	86

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>mupirocin</i>	95	NEUPRO	52
<i>mutamycin</i>	29	<i>nevirapine</i>	21
MYCAMINE.....	20	<i>nevirapine er</i>	21
<i>mycophenolate mofetil</i>	82	NEXAVAR	33
<i>mycophenolic acid dr</i>	82	<i>niacin</i>	39
MYLOTARG.....	33	<i>niacin er</i>	39
<i>myorisan</i>	94	<i>niacor</i>	40
MYRBETRIQ.....	78	<i>nicardipine hcl</i>	41
N		NICOTROL	60
<i>nabumetone</i>	14	NICOTROL INHALER.....	60
<i>nadolol</i>	40	<i>nifedical xl</i>	41
<i>nafticillin sodium</i>	27	<i>nifedipine er</i>	41
<i>naftifine hcl</i>	95	<i>nikki</i>	68
<i>naftifine hydrochloride</i>	95	<i>nilutamide</i>	30
NAGLAZYME.....	73	<i>nimodipine</i>	41
<i>nalbuphine hcl</i>	16	NINLARO	33
<i>naloxone hcl</i>	59	NIPENT	31
<i>naloxone hydrochloride</i>	59	<i>nisoldipine er</i>	41
<i>naltrexone hcl</i>	59	<i>nitisinone</i>	73
NAMZARIC.....	48	NITRO-BID.....	43
<i>naproxen</i>	14	NITRO-DUR	43
<i>naproxen dr</i>	14	<i>nitrofurantoin</i>	18
<i>naproxen/esomeprazole magnesium</i>	14	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	18
<i>naproxen sodium</i>	14	<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	18
NAPROXEN SODIUM CR.....	14	<i>nitroglycerin</i>	43
<i>naproxen sodium er</i>	14	NITROGLYCERIN INJ.....	43
<i>naratriptan hcl</i>	57	<i>nitroglycerin lingual</i>	43
NARCAN	60	<i>nitroglycerin subl</i>	43
NATACYN.....	88	NITYR	73
<i>nateglinide</i>	63	NIVA-PLUS.....	86
NATPARA.....	64	<i>nizatidine</i>	76
NAYZILAM	46	<i>nolix</i>	98
<i>necon 0.5/35-28</i>	68	NORA-BE	68
<i>nefazodone hcl</i>	50	<i>norethindrone</i>	68
<i>nefazodone hydrochloride</i>	50	<i>norethindrone acetate</i>	73
<i>neomycin</i>	18	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	68, 71
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	88	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	68
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i> ..	87	<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	68
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	87	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	68
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	88	NORITATE.....	99
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	87, 101	<i>norlyda</i>	68
NEONATAL PLUS.....	86	NORMOSOL-M IN D5W	84
<i>neo-polycin</i>	88	NORMOSOL-R PH 7.4	84
NEPHRAMINE.....	87	NORPACE CR.....	38
NERLYNX	33	NORTHERA.....	43
<i>neuac</i>	94	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	68

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>nortrel 1/35</i>	68	<i>omeprazole</i>	77
<i>nortrel 7/7/7</i>	68	<i>ondansetron hcl</i>	75
<i>nortriptyline hcl</i>	50	<i>ondansetron hydrochloride</i>	75
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	50	<i>ondansetron odt</i>	75
NORVIR.....	21	OPSUMIT.....	44
NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/TRIVIDIA PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE.....	61	ORACEA.....	99
NOVOLIN 70/30.....	61	<i>oralone dental paste</i>	100
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	61	ORFADIN.....	73
NOVOLIN N.....	61	ORKAMBI.....	93
NOVOLIN N FLEXPEN.....	61	<i>orsythia</i>	68
NOVOLIN R.....	61	<i>oseltamivir phosphate</i>	24
NOVOLIN R FLEXPEN.....	61	OSMOPREP.....	76
NOVOLOG.....	61	<i>oxacillin sodium</i>	27
NOVOLOG FLEXPEN.....	61	<i>oxaliplatin</i>	28
NOVOLOG MIX 70/30.....	61	<i>oxandrolone</i>	60
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN.....	61	<i>oxaprozin</i>	14
NOVOLOG PENFILL.....	61	<i>oxazepam</i>	44
NOXAFIL.....	20	<i>oxcarbazepine</i>	46
NUBEQA.....	30	<i>oxiconazole nitrate</i>	95
NUEDEXTA.....	58	<i>oxybutynin chloride</i>	78
NULOJIX.....	82	<i>oxybutynin chloride er</i>	78
NULYTELY/FLAVOR PACKS.....	76	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	16
NUPLAZID.....	54	<i>oxycodone/aspirin</i>	16
NUTRILIPID.....	87	<i>oxycodone hcl</i>	16
<i>nyamyc</i>	95	<i>oxycodone hydrochloride</i>	16
NYMALIZE.....	41	<i>oxymorphone hydrochloride</i>	17
<i>nystatin</i>	20, 95, 100	OZEMPIC.....	63
<i>nystop</i>	95		
O		P	
OCELLA.....	68	<i>pacerone</i>	38
OCTAGAM.....	81	<i>paclitaxel</i>	31
<i>octreotide acetate</i>	73	PADCEV.....	34
ODEFSEY.....	23	<i>paliperidone er</i>	54
ODOMZO.....	34	<i>pamidronate disodium</i>	64
OFEV.....	93	PAMIDRONATE DISODIUM.....	64
<i>ofloxacin</i>	88, 101	PANRETIN.....	99
<i>okebo</i>	27	<i>pantoprazole sodium</i>	77, 78
<i>olanzapine</i>	54	<i>pantoprazole sodium dr</i>	77
<i>olanzapine odt</i>	54	PANZYGA.....	82
<i>olmesartan medoxomil</i>	37, 38	<i>paraplatin</i>	28
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/ hydrochlorothiazide</i>	37	<i>paricalcitol</i>	74
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	37	<i>paroex</i>	100
<i>olopatadine hcl</i>	89, 91	<i>paromomycin</i>	18
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	40	<i>paroxetine hcl</i>	50
		<i>paroxetine hcl er</i>	50
		<i>paroxetine hydrochloride</i>	50
		PASER.....	23

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PAXIL.....	50	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	63
PAZEO	89	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	27
PEDIARIX	83	<i>piperacillin/tazobactam</i>	27
PEDVAX HIB	83	PIQRAY	34
<i>peg-3350/electrolytes</i>	76	<i>pirmella 1/35</i>	69
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	76	<i>pirmella 7/7/7</i>	69
PEGANONE	46	<i>piroxicam</i>	14
PEGASYS	24	PLASMA-LYTE-148	85
PEMAZYRE	34	PLASMA-LYTE A	84
<i>penicillamine</i>	64	<i>plenamine</i>	87
<i>penicillin g potassium</i>	27	PLENVU	77
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC		PN FOLIC ACID + IRON MULTIVITAMIN	86
DEXTROSE	27	PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN	86
PENICILLIN G PROCAINE	27	<i>podofilox</i>	99
<i>penicillin g sodium</i>	27	POLIVY	34
<i>penicillin v potassium</i>	27	<i>polycin</i>	88
PENNSAID	99	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	88
PENTACEL	83	POLY-VITAMIN/FLUORIDE	86
<i>pentamidine isethionate</i>	18	POMALYST	30
<i>pentoxifylline er</i>	80	<i>portia-28</i>	69
<i>perindopril erbumine</i>	36	<i>posaconazole dr</i>	20
<i>periogard</i>	100	<i>potassium chloride</i>	85, 86
<i>permethrin</i>	100	POTASSIUM CHLORIDE	85
<i>perphenazine</i>	50, 54	<i>potassium chloride cr</i>	86
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	50	POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE.....	85
PERSERIS	54	POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/SODIUM	
<i>phenadoz</i>	75	CHLORIDE	85
<i>phenelzine sulfate</i>	50	<i>potassium chloride er</i>	86
PHENOBARBITAL ELIX	47	<i>potassium chloride/sodium chloride</i>	85
PHENOBARBITAL SODIUM.....	47	POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM CHLORIDE.....	85
PHENOBARBITAL TABS.....	47	<i>potassium chloride sr</i>	86
PHENYTEK.....	47	<i>potassium citrate er</i>	78
<i>phenytoin</i>	47	POTELIGEO	34
<i>phenytoin sodium</i>	47	PRADAXA	79
<i>phenytoin sodium extended</i>	47	PRALUENT	40
<i>philith</i>	68	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	52
PHOSPHOLINE IODIDE	90	<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	52
PICATO	99	<i>prasugrel</i>	80
PIFELTRO	21	<i>pravastatin sodium</i>	39
<i>pilocarpine hcl</i>	90	<i>praziquantel</i>	18
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	100	<i>prazosin hcl</i>	37
<i>pimozide</i>	54	<i>prazosin hydrochloride</i>	37
<i>pimtrex</i>	69	<i>prednicarbate</i>	98
<i>pindolol</i>	40	PREDNICARBATE	98
<i>pioglitazone hcl</i>	63	<i>prednisolone</i>	71
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	63	<i>prednisolone acetate</i>	89
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	63	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	71

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE		<i>propranolol hydrochloride</i>	41
OPHTHALMIC SOLN 1%.....	89	<i>propranolol hydrochloride er</i>	40
<i>prednisone</i>	71	<i>propranolol/hydrochlorothiazide</i>	40
PREDNISONO INTENSOL.....	71	<i>propylthiouracil</i>	74
<i>pregabalin</i>	47	PROQUAD	83
PREMARIN	71	PROSOL	87
PREMASOL	87	<i>protriptyline hcl</i>	50
PREMPRO	71	PULMICORT FLEXHALER.....	93
PRENATAL	86	PULMOZYME.....	93
PRENATAL PLUS	86	PURIXAN.....	29
PRENATAL PLUS LOW IRON.....	86	<i>pyrazinamide</i>	23
PREPLUS.....	86	<i>pyridostigmine bromide</i>	58
PRETOMANID	23	<i>pyridostigmine bromide er</i>	58
<i>prevalite</i>	40		
<i>previfem</i>	69	Q	
PREVMIS	24	QINLOCK	34
PREZCOBIX.....	23	QUADRACEL.....	83
PREZISTA	21	<i>quetiapine fumarate</i>	54
PRIFTIN	23	<i>quetiapine fumarate er</i>	54
<i>primaquine phosphate</i>	20	<i>quinapril hcl</i>	37
<i>primidone</i>	47	<i>quinapril hydrochloride</i>	37
PRIVIGEN	82	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	36
<i>probenecid</i>	13	<i>quinidine sulfate</i>	39
<i>probenecid/colchicine</i>	13	<i>quinine sulfate</i>	20
PROCALAMINE.....	87		
<i>prochlorperazine</i>	75	R	
<i>prochlorperazine edisylate</i>	75	RABAVERT	83
<i>prochlorperazine maleate</i>	75	<i>rabeprazole sodium dr</i>	78
PROCRIT	79	<i>raloxifene hydrochloride</i>	73
<i>procto-med hc</i>	99	<i>ramipril</i>	37
<i>procto-pak</i>	99	<i>ranolazine er</i>	43
<i>proctosol hc</i>	99	<i>rasagiline mesylate</i>	52
<i>proctozone-hc</i>	99	REBIF.....	58
<i>progesterone</i>	73	REBIF REBIDOSE	58
PROGRAF.....	82	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK.....	58
PROLASTIN-C	93	REBIF TITRATION PACK.....	58
PROLENSA.....	89	<i>reclipsen</i>	69
PROLIA.....	64	RECOMBIVAX HB	83
PROMACTA	80	RECTIV	99
<i>promethazine hcl</i>	75	REGRANEX.....	100
<i>promethazine hydrochloride</i>	75	RELENZA DISKHALER	24
<i>promethegan</i>	75	RELISTOR.....	77
<i>propafenone hcl</i>	38	RENFLEXIS	81
<i>propafenone hydrochloride er</i>	39	<i>repaglinide</i>	63
<i>proparacaine hcl</i>	90	RESCRIPTOR.....	21
<i>propranolol hcl</i>	40	RESTASIS	90
<i>propranolol hcl er</i>	40	RESTASIS MULTIDOSE	90

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
RETEVMO	34	<i>scopolamine</i>	75
REVLIMID.....	30	SECUADO	55
REXULTI	54	<i>selegiline hcl</i>	52
REYATAZ	21	<i>selenium sulfide</i>	96
RHOPRESSA	90	SELZENTRY	21, 22
<i>ribavirin</i>	24	SEREVENT DISKUS.....	92
<i>rifabutin</i>	23	<i>sertraline hcl</i>	50
<i>rifampin</i>	23	<i>sertraline hydrochloride</i>	51
RIFATER	23	<i>setlakin</i>	69
<i>riluzole</i>	58	SF100	
<i>rimantadine hydrochloride</i>	24	<i>sharobel</i>	69
RINGERS INJECTION	85	SHINGRIX.....	83
RINVOQ	81	SIGNIFOR.....	73
<i>risedronate sodium</i>	64	<i>sildenafil</i>	44
<i>risedronate sodium dr</i>	64	<i>silodosin</i>	78
RISPERDAL CONSTA.....	54	SILVER SULFADIAZINE.....	95
<i>risperidone</i>	54	SIMBRINZA.....	90
<i>risperidone odt</i>	54	<i>simliya</i>	69
<i>ritonavir</i>	21	<i>simpesse</i>	69
RITUXAN	34	<i>simvastatin</i>	39
RITUXAN HYCELA	34	<i>sirolimus</i>	82
<i>rivastigmine patch</i>	48	SIRTURO	23
<i>rivastigmine tartrate</i>	48	SIVEXTRO.....	18
RIVELSA	69	SKYRIZI	81
<i>rizatriptan benzoate</i>	57	<i>sodium bicarbonate</i>	85
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	57	SODIUM BICARBONATE	85
ROMIDEPSIN.....	34	<i>sodium chloride</i>	85
<i>ropinirole er</i>	52	SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIGATION SOLN... 100	
<i>ropinirole hcl</i>	52	<i>sodium chloride inj</i>	85
<i>ropinirole hydrochloride</i>	52	SODIUM CHLORIDE INJ.....	85
<i>rosadan</i>	99	SODIUM FLUORIDE.....	86, 100
<i>rosuvastatin calcium</i>	39	<i>sodium phenylbutyrate</i>	73
ROTARIX	83	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	64
ROTATEQ.....	83	<i>sodium sulfacetamide</i>	88
<i>roweepra</i>	47	<i>solifenacin succinate</i>	78
<i>roweepra xr</i>	47	SOLQUA 100/33	61
ROZLYTREK	34	SOLTAMOX.....	30
RUBRACA.....	34	SOLU-CORTEF.....	71
RUKOBIA	21	SOMATULINE DEPOT	73
RYDAPT.....	34	SOMAVERT	73
S		<i>sorine</i>	39
SANCUSO	75	<i>sotalol hcl</i>	39
SANDIMMUNE.....	82	<i>sotalol hcl (af)</i>	39
SANTYL	100	<i>spironolactone</i>	37, 42
SAPHRIS.....	54	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	42
SARCLISA.....	34	<i>sprintec 28</i>	69
		SPRITAM	47

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
SPRYCEL	34	SYNTHROID.....	74
<i>sps susp 15gm/60ml</i>	64	T	
<i>sronyx</i>	69	TABLOID	29
SSD.....	95	TABRECTA	34
<i>stavudine</i>	22	<i>tacrolimus</i>	82, 99
STELARA	81	<i>tadalafil</i>	44
STERILE WATER IRRIGATION PLASTIC BOTTLE	100	TAFINLAR.....	34
STIMATE	73	TAGRISSE	34
STIVARGA	34	TALTZ.....	81
<i>streptomycin sulfate</i>	18	TALZENNA.....	34
STRIBILD	23	<i>tamoxifen citrate</i>	30
<i>subvenite</i>	47	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	78
<i>subvenite starter kit</i>	47	TARGRETIN.....	100
<i>sucrafate</i>	77	<i>tarina fe 1/20</i>	69
SUCRALFATE SUSP	77	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	69
<i>sulfacetamide sodium</i>	88, 94	TASIGNA.....	34
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>		<i>tazarotene</i>	96
<i>phosphate</i>	87	<i>tazicef</i>	25
SULFADIAZINE	19	TAZORAC	96
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	19	<i>taztia xt</i>	41
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	19	TAZVERIK.....	34
SULFAMYLON	95	TDVAX.....	83
<i>sulfasalazine</i>	76	TECENTRIQ.....	34
SULFASALAZINE.....	76	TEFLARO	25
<i>sulindac</i>	14	<i>telmisartan</i>	37, 38
<i>sumatriptan</i>	57	<i>telmisartan/amlodipine</i>	37
<i>sumatriptan/naproxen sodium</i>	57	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	38
<i>sumatriptan succinate</i>	57	<i>temazepam</i>	57
<i>sumatriptan succinate refill</i>	57	TEMIXYS.....	23
SUPRAX.....	25	<i>temsirolimus</i>	35
SUPREP BOWEL PREP	77	TENIVAC	83
SUTENT.....	34	<i>tenofovir</i>	22
<i>syeda</i>	69	<i>terazosin hcl</i>	37
SYLATRON.....	31	<i>terazosin hydrochloride</i>	37
SYMBICORT.....	93	<i>terbinafine hcl</i>	20
SYMDEKO	93	<i>terbutaline sulfate</i>	92
SYMFI	23	<i>terconazole</i>	79
SYMFI LO	23	<i>testosterone cypionate</i>	60
SYMLINPEN 60.....	63	<i>testosterone enanthate</i>	60
SYMLINPEN 120.....	63	<i>testosterone gel</i>	60
SYMPAZAN	47	<i>testosterone pump</i>	60
SYMTUZA.....	23	<i>testosterone topical</i>	60
SYNAREL.....	70	<i>tetrabenazine</i>	58
SYNERCID	19	<i>tetracycline hydrochloride</i>	27
SYNJARDY	63	TEXACORT	98
SYNJARDY XR.....	63	THALOMID	30
SYNRIBO	31		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
THEO-24	93	<i>travoprost</i>	90
<i>theophylline</i>	93	<i>trazodone hydrochloride</i>	51
<i>theophylline er</i>	93	TRECTOR.....	23
<i>thioridazine hcl</i>	55	TRELEGY ELLIPTA	91
<i>thiotepa</i>	28	TRELSTAR MIXJECT	30
<i>thiothixene</i>	55	<i>treprostinil</i>	44
<i>tiadylt er</i>	41	TRESIBA	61
<i>tiagabine hydrochloride</i>	47	TRESIBA FLEXTOUCH	61
TIBSOVO.....	35	<i>tretinoin</i>	31, 94
<i>tigecycline</i>	27	TRETINOIN MICROSPHERE.....	94
TILIA FE.....	69	<i>triamcinolone acetonide</i>	71, 98
<i>timolol maleate</i>	41, 90	<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	100
TIMOLOL MALEATE OPHTHALMIC	90	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	42
<i>tinidazole</i>	19	<i>triazolam</i>	57
TIVICAY	22	TRICARE PRENATAL.....	86
TIVICAY PD	22	<i>triderm</i>	98
<i>tizanidine hcl</i>	59	<i>trientine hydrochloride</i>	64
<i>tizanidine hydrochloride</i>	59	<i>tri-estarylla</i>	69
TOBRADEX	88	<i>tri femynor</i>	69
TOBRADEX ST	88	<i>trifluoperazine hcl</i>	55
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	88	<i>trifluridine</i>	88
<i>tobramycin nebu</i>	19	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	52
<i>tobramycin sulfate</i>	19, 88	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	52
<i>tolterodine tartrate</i>	78	<i>tri-legest fe</i>	69
<i>tolterodine tartrate er</i>	78	<i>tri-lynyah</i>	69
<i>topiramate</i>	47	<i>tri-lo-estarylla</i>	69
TOPIRAMATE ER	47	<i>tri-lo-marzia</i>	69
<i>toposar</i>	31	<i>tri-lo-mili</i>	69
<i>topotecan hcl</i>	31	<i>tri-lo-sprintec</i>	69
TOPOTECAN HCL.....	31	<i>trilyte</i>	77
<i>toremifene citrate</i>	30	<i>trimethobenzamide hydrochloride</i>	75
<i>torse mide</i>	42	<i>trimethoprim</i>	19
<i>tovet</i>	98	<i>trimethoprim sulfate/polymyxin b sulfate</i>	89
TOVIAZ.....	78	<i>tri-mili</i>	69
TPN ELECTROLYTES	85	<i>trimipramine maleate</i>	51
TRACLEER.....	44	TRINTELLIX.....	51
TRADJENTA.....	63	<i>tri-previfem</i>	69
TRAMADOL ER CAPS.....	15	<i>tri-sprintec</i>	69
<i>tramadol hcl</i>	17	TRIUMEQ	23
<i>tramadol hcl er tabs</i>	15	TRI-VITE/FLUORIDE	86
<i>tramadol hydrochloride</i>	17	<i>trivora-28</i>	69
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	17	<i>tri-vylibra</i>	69
<i>trandolapril</i>	36, 37	<i>tri-vylibra lo</i>	69
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	36	TROGARZO.....	22
<i>tranexamic acid</i>	80	TROPHAMINE	87
<i>tranylcypramine sulfate</i>	51	<i>trospium chloride</i>	78
TRAVASOL	87	<i>trospium chloride er</i>	78

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
TRULICITY.....	63	VENTOLIN HFA	92
TRUMENBA	83	<i>verapamil hcl</i>	41, 42
TRUVADA.....	23	<i>verapamil hcl er</i>	41
TUKYSA.....	35	<i>verapamil hcl sr</i>	41
<i>tulana</i>	69	VERAPAMIL HCL SR CP24 360MG.....	41
TURALIO	35	<i>verapamil hydrochloride</i>	42
TWINRIX.....	83	<i>verapamil hydrochloride er</i>	42
TYBOST	22	VERSACLOZ	55
<i>tydemy</i>	70	VERZENIO	35
TYKERB	35	VICTOZA	63
TYMLOS	64	VIDEX EC.....	22
TYPHIM VI.....	83	VIDEX PEDIATRIC.....	22
U		<i>vienva</i>	70
UNITHROID	74	<i>vigabatrin</i>	47
<i>ursodiol</i>	77	<i>vigadrone</i>	48
V		VIIBRYD.....	51
<i>valacyclovir hcl</i>	24	VIIBRYD STARTER PACK.....	51
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	24	VIMOVO.....	14
VALCHLOR.....	100	VIMPAT	48
<i>valganciclovir</i>	24	<i>vinblastine sulfate</i>	31
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	24	<i>vincristine sulfate</i>	31
<i>valproate sodium</i>	47	<i>vinorelbine tartrate</i>	31
<i>valproic acid</i>	47	<i>viorele</i>	70
<i>valsartan</i>	38	VIRACEP.....	22
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	38	VIREAD.....	22
VALTOCO.....	47	VITRAKVI.....	35
VANCOMYCIN	19	VIVITROL.....	60
<i>vancomycin hcl</i>	19	VIZIMPRO	35
VANCOMYCIN HCL.....	19	<i>volnea</i>	70
<i>vancomycin hydrochloride</i>	19	VOL-PLUS	86
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	19	<i>voriconazole</i>	20
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJ.....	19	VOSEVI	24
VAQTA.....	83	VOTRIENT.....	35
VARIVAX.....	83	VP-PNV-DHA	86
VASCEPA.....	40	VRAYLAR.....	55
VELCADE.....	35	VRAYLAR CAP THERAPY PACK.....	55
<i>velivet</i>	70	<i>vyfemla</i>	70
VELTASSA	65	<i>vylibra</i>	70
VEMLIDY	24	VYVANSE.....	56
VENCLEXTA	35	W	
VENCLEXTA STARTING PACK.....	35	<i>warfarin sodium</i>	79
<i>venlafaxine hcl</i>	51	<i>wera</i>	70
<i>venlafaxine hcl er</i>	51	<i>wymzya fe</i>	70
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	51	X	
VENTAVIS.....	44	XALKORI	35

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
XARELTO.....	79	ZOSTAVAX.....	84
XARELTO STARTER PACK.....	79	<i>zovia 1/35e</i>	70
XATMEP.....	81	<i>zumandimine</i>	70
XCOPRI.....	35, 48	ZYCLARA PUMP.....	100
XCOPRI MAINTENACE PACK.....	48	ZYDELIG.....	36
XCOPRI TITRATION PACK.....	48	ZYKADIA.....	36
XELJANZ.....	81	ZYLET.....	88
XELJANZ XR.....	81	ZYPREXA RELPREVV.....	55
XGEVA.....	64	ZYTIGA.....	30
XIFAXAN.....	77		
XIGDUO XR.....	63		
XOLAIR.....	93		
XOSPATA.....	35		
XPOVIO.....	35		
XTANDI.....	30		
XULTOPHY.....	61		
XYREM.....	59		
Y			
YERVOY.....	35		
YF-VAX.....	84		
<i>yuvafem</i>	71		
Z			
<i>zafirlukast</i>	92		
<i>zaleplon</i>	57		
<i>zarah</i>	70		
ZARXIO.....	80		
ZEJULA.....	35		
ZELBORAF.....	35		
ZEMAIRA.....	93		
<i>zenatane</i>	95		
ZENPEP.....	77		
<i>zenzedi</i>	56		
<i>zidovudine</i>	22		
<i>ziprasidone hcl</i>	55		
<i>ziprasidone mesylate</i>	55		
ZIRGAN.....	89		
<i>zoledronic acid</i>	64		
ZOLEDRONIC ACID.....	64		
ZOLINZA.....	35		
<i>zolmitriptan</i>	57		
<i>zolmitriptan odt</i>	57		
ZOLOFT.....	51		
<i>zolpidem tartrate</i>	57		
<i>zonisamide</i>	48		
ZORTRESS.....	82		

Lista adicional de cobertura de medicamentos de Medicaid

EMERGENCY CONTRACEPTIVES

LEVONORGESTREL (EMERGENCY OC) TABLET 1.5MG	
--	--

ANTIDIABETICS

DEXTROSE (DIABETIC USE) CHEW 4GM, 5GM	
---------------------------------------	--

COUGH/COLD/ALLERGY

BROMPHENIRAMINE & PSEUDOEPH CAPSULE 4-60MG	GUAIFENESIN SYRUP 100MG/5ML
BROMPHENIRAMINE & PSEUDOEPH ELIXIR 1-15 MG/5ML	GUAIFENESIN TABLET 200MG
BROMPHENIRAMINE & PSEUDOEPH LIQUID 1-7.5 MG/ML, 4-20 MG/5ML	GUAIFENESIN 12 HR TABLET 600MG, 1200MG
CETIRIZINE HCL CHEW 5MG, 10MG	GUAIFENESIN-CODEINE SOLUTION 100-10MG/5ML
CETIRIZINE HCL SOLUTION 1 MG/ML (5 MG/5ML)	LORATADINE & PSEUDOEPHEDRINE 12 HR TABLET 5-120MG
CETIRIZINE HCL TABLET 5MG, 10MG	LORATADINE & PSEUDOEPHEDRINE 24 HR TABLET 10-240MG
CETIRIZINE-PSEUDOEPHEDRINE 12 HR TABLET 5-120 MG	LORATADINE CHEW 5MG
CHLORPHENIRAMINE & PHENYLEPHRINE LIQUID 1-3.5 MG/ML	LORATADINE SOLUTION 5MG/5ML
CHLORPHENIRAMINE & PSEUDOEPH LIQUID 2-30 MG/5ML	LORATADINE TABLET 10MG
CHLORPHENIRAMINE & PSEUDOEPH TABLET 4-60 MG	LORATADINE DISPERSIBLE TABLET 10MG
CHLORPHENIRAMINE MALEATE TABLET 4MG	OXYMETAZOLINE HCL SOLUTION 0.05%
CHLORPHENIRAMINE MALEATE CR TABLET 12MG	PHENYLEPHRINE W/ DM-GG LIQUID 2.5-5.100MG/5ML, 5-10-100MG/5ML
CLEMASTINE FUMARATE TABLET 1.34 MG (1 MG BASE EQUIV)	PHENYLEPHRINE-ACETAMINOPHEN-GUAIFENESIN LIQUID
CROMOLYN SODIUM (NASAL) AEROSOL 5.2MG/ACT (4%)	PHENYLEPHRINE-ACETAMINOPHEN-GUAIFENESIN TABLET
DEXTROMETHORPHAN POLISTIREX ER SUSPENSION 30MG/5ML	PHENYLEPHRINE-BROMPHENIRAMINE-DM LIQUID 2.5-1-5 MG/5ML, 7.5-4-15MG/5ML

DEXTROMETHORPHAN-GUAIFENESIN LIQUID 5-100MG/5ML, 10-100MG/5ML	PHENYLEPHRINE-CHLORPHEN-DM LIQUID 3.5-1-3MG/ML, 10-2-15MG/5ML, 10-4-15MG/5ML
DEXTROMETHORPHAN-GUAIFENESIN PACK 5-100MG	PHENYLEPHRINE-DM-GG W/ APAP LIQUID 5-10-200-325MG/10ML
DEXTROMETHORPHAN-GUAIFENESIN SYRUP 10-100MG/5ML	PHENYLEPHRINE-DM-GG W/ APAP TABLET 5-10-200-325MG
DEXTROMETHORPHAN-GUAIFENESIN 12 HR TABLET 30-600MG, 60-1200MG	PHENYLEPHRINE-GUAIFENESIN LIQUID 2.5-100MG/5ML, 5-100MG/5ML
DIPHENHYDRAMINE HCL CAPSULE 25MG, 50MG	PHENYLEPHRINE-GUAIFENESIN TABLET 10-400MG
DIPHENHYDRAMINE HCL CHEW 12.5MG	PSEUDOEPHED-BROMPHEN-DM LIQUID 20-4-20 MG/5ML
DIPHENHYDRAMINE HCL ELIXIR 12.5MG/5ML	PSEUDOEPHED-BROMPHEN-DM SYRUP 30-2-10 MG/5ML
DIPHENHYDRAMINE HCL LIQUID 12.5MG/5ML	PSEUDOEPHEDRINE HCL LIQUID 30MG/5ML
DIPHENHYDRAMINE HCL SYRUP 12.5MG/5ML	PSEUDOEPHEDRINE HCL SYRUP 30MG/5ML
DIPHENHYDRAMINE HCL TABLET 25MG, 50MG	PSEUDOEPHEDRINE HCL TABLET 30MG, 60MG
FEXOFENADINE HCL SUSPENSION 30 MG/5ML (6 MG/ML)	PSEUDOEPHEDRINE HCL 12 HR TABLET 120MG
FEXOFENADINE HCL TABLET 30MG, 60MG, 180MG	PSEUDOEPHEDRINE W/ CODEINE-GG SOLUTION 30-10-100MG/5ML
FEXOFENADINE-PSEUDOEPHEDRINE 12 HR TABLET 60-120MG	PSEUDOEPHEDRINE W/ DM-GG LIQUID 30-10-100MG/5ML
FEXOFENADINE-PSEUDOEPHEDRINE 24 HR TABLET 180-240MG	PSEUDOEPHEDRINE-GUAIFENESIN 12 HR TABLET 60-600MG, 120-1200MG
FLUTICASONE PROPIONATE (NASAL) SUSPENSION 50MCG/ACT	SALINE SOLUTION 0.65%
GUAIFENESIN LIQUID 100MG/5ML	SODIUM CHLORIDE (INHALANT) NEBULIZER 0.9%, 7%
GUAIFENESIN PACK 50MG, 100MG	TRIAMCINOLONE ACETONIDE (NASAL) AERO 55MCG

LAXATIVES

BENZOCAINE-DOCUSATE SODIUM ENEMA 20-283MG	MAGNESIUM OXIDE (LAXATIVE) TABLET 500MG
BISACODYL ENEMA 10MG/30ML	METHYLCELLULOSE (LAXATIVE) POWDER
BISACODYL SUPPOSITORY 10MG	METHYLCELLULOSE (LAXATIVE) TABLET 500MG
BISACODYL EC TABLET 5MG	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 POWDER
CALCIUM POLYCARBOPHIL TABLET 625MG	PSYLLIUM CAPSULE 0.52GM
CASCARA SAGRADA CAPSULE 450MG	PSYLLIUM PACK 28.3%, 52.3%, 58.6%
CASTOR OIL	PSYLLIUM POWDER 28.3%, 30.9%, 48.57%, 52.3%,55.46%, 58.6%, 60.3%, 63%, 68%, 71.67%, 92%, 95%, 100%

CORN DEXTRIN POWDER	SENNA TABLET 187MG
DOCUSATE CALCIUM CAPSULE 240MG	SENNOSIDES A&B, CALCIUM SYRUP 176MG/5ML
DOCUSATE SODIUM CAPSULE 50MG, 100MG, 250MG	SENNOSIDES CHEW 15MG
DOCUSATE SODIUM ENEMA 283MG	SENNOSIDES LIQUID 8.8MG/ML
DOCUSATE SODIUM LIQUID 150MG/15ML	SENNOSIDES SYRUP 8.8MG/5ML
DOCUSATE SODIUM SYRUP 60MG/15ML	SENNOSIDES TABLET 8.6MG, 15MG, 25MG
DOCUSATE SODIUM TABLET 100MG	SENNOSIDES-DOCUSATE SODIUM TABLET 8.6-50MG
GLYCERIN (LAXATIVE) SUPPOSITORY 2.1GM	SODIUM PHOSPHATES ENEMA
MAGNESIUM CITRATE SOLUTION	SORBITOL (LAXATIVE) SOLUTION 70%
MAGNESIUM HYDROXIDE SUSPENSION 400MG/5ML	

ANTIDIARRHEALS

BISMUTH SUBSALICYLATE CHEW 262MG	LOPERAMIDE HCL CAPSULE 2MG
BISMUTH SUBSALICYLATE SUSPENSION 262 MG/15ML, 525 MG/15ML, 690 MG/30ML	LOPERAMIDE HCL LIQUID 1 MG/5ML (0.2 MG/ML), 1 MG/7.5ML
BISMUTH SUBSALICYLATE TABLET 262MG	LOPERAMIDE HCL TABLET 2MG

ANTACIDS

ALUM & MAG HYDROX-SIMETHICONE SUSPENSION 200-200-20MG/5ML, 400-400-40 MG/5ML, 500-450-40 MG/5ML	CALCIUM CARBONATE/MAG CARB TABLET 311-232MG
ALUMINUM HYDROXIDE SUSPENSION 320MG/5ML, 600MG/5ML	MAG HYDROX/AL HYDROX/SIMETHICONE CHEW 200-200-25MG
ALUMINUM HYDROXIDE-MAG CARB CHEW 160-105	MAGNESIUM OXIDE CAP 140 MG (85 MG ELEMENTAL), 400MG
CALCIUM CARBONATE (ANTACID) CHEW 420MG, 500MG, 750MG	MAGNESIUM OXIDE TABLET 250MG, 400MG, 420MG
CALCIUM CARBONATE (ANTACID) SUSPENSION 1250MG/5ML	SODIUM BICARBONATE (ANTACID) TABLET 325MG, 650MG
CALCIUM CARBONATE (ANTACID) TABLET 648MG	

ULCER DRUGS

CIMETIDINE TABLET 200MG	OMEPRAZOLE MAGNESIUM DR CAPSULE 20.6MG (20MG BASE EQUIV)
ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM DR CAPSULE 20MG	OMEPRAZOLE EC TABLET 20MG

FAMOTIDINE TABLET 10MG, 20MG	OMEPRAZOLE-SODIUM BICARBONATE CAPSULE 20-1100MG
LANSOPRAZOLE DR CAPSULE 15MG	RANITIDINE HCL TABLET 75MG, 150MG

ANTIEMETICS

MECLIZINE HCL TABLET 12.5MG, 25MG	MECLIZINE HCL CHEW 25MG
-----------------------------------	-------------------------

GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.

IPECAC SYRUP	SIMETHICONE CHEW 80MG
	SIMETHICONE SUSPENSION 40MG/0.6ML

VAGINAL PRODUCTS

CLOTRIMAZOLE VAGINAL CREAM 1%, 2%	NONOXYNOL-9 GEL 2%, 3%, 4%
MICONAZOLE NITRATE VAGINAL CREAM 2%, 4% (200 MG/5GM)	NONOXYNOL 9 SUPPOSITORY 100MG
MICONAZOLE NITRATE VAGINAL SUPPOSITORY 100MG	NONOXYNOL-9 SPONGE 1000MG
MICONAZOLE NITRATE VAGINAL KIT 400 MG & 2% CREAM 9 GM, VAGAPP 100 MG & 2% CREAM 9 GM KIT, VAG APP 100 MG & 2% CREAM 9 GM KIT	NONOXYNOL-9 FILM 28%
MICONAZOLE NITRATE VAGINAL SUPP 200 MG & 2% CREAM 9 GM,	NONOXYNOL 9 FOAM 12.5%

HYPNOTICS/SEDATIVES

DOXYLAMINE SUCCINATE (SLEEP) TABLET 25MG	DIPHENHYDRAMINE HCL (SLEEP) TAB 50 MG
--	---------------------------------------

SMOKING CESSATION

NICOTINE PATCH 7MG, 14MG, 21MG	NICOTINE LOZENGE 2MG, 4MG
NICOTINE GUM 2MG, 4MG	NICOTINE TD PATCH 24 HR KIT 21-14-7 MG/24HR

ANALGESICS

ACETAMINOPHEN CAPSULE 500MG	ASPIRIN CHEW 81MG
ACETAMINOPHEN CHEW 80MG, 160MG	ASPIRIN POWDER
ACETAMINOPHEN ELIXIR 160MG/5ML	ASPIRIN SUPPOSITORY 300MG, 600MG
ACETAMINOPHEN LIQUID 160MG/5ML, 167MG/5ML, 500MG/5ML	ASPIRIN TABLET 325MG

ACETAMINOPHEN SOLUTION 100MG/ML, 160MG/5ML	ASPIRIN DELAYED RELEASE 81MG, 325MG
ACETAMINOPHEN SUPPOSITORY 120MG, 325MG, 650MG	IBUPROFEN CAPSULE 200MG
ACETAMINOPHEN SUSPENSION 80MG/0.8ML, 160MG/5ML	IBUPROFEN CHEW 100MG
ACETAMINOPHEN TABLET 325MG, 500MG	IBUPROFEN SUSPENSION 40MG/ML, 100MG/5ML
ACETAMINOPHEN CR TABLET 650MG	IBUPROFEN TABLET 100MG, 200MG
ACETAMINOPHEN DISPERSIBLE TABLET 80MG, 160MG	NAPROXEN SODIUM CAPSULE 220MG
ASPIRIN BUFFERED (CAL CARB-MAG CARB-MAG OXIDE) TABLET 325MG	NAPROXEN SODIUM TABLET 220MG

VITAMINS/MULTIVITAMINS & MINERALS

ASCORBATE CALCIUM SOLR	FERROUS SULFATE DRIED 160MG
ASCORBIC ACID BUFFERED CAPSULE 1000MG	FERROUS SULFATE ELIXIR 220MG/5ML (44MG/5ML ELEMENTAL FE)
ASCORBIC ACID BUFFERED EFFERVESCENT POWDER	FERROUS SULFATE LIQUID 5MG/20ML, 220MG/5ML
ASCORBIC ACID CAPSULE 500MG	FERROUS SULFATE SOLUTION 75MG/ML (15MG/ML ELEMENTAL FE)
ASCORBIC ACID CHEW 100MG, 120MG, 250MG, 300MG, 500MG,1000MG	FERROUS SULFATE TABLET 28MG, 325MG (65MG ELEMENTAL FE)
ASCORBIC ACID CR CAPSULE 500MG	FOLIC ACID TABLET 400MCG, 800MCG, 1MG
ASCORBIC ACID CRYSTALS TABLET 500MG, 1000MG, 1500MG	IRON-VITAMIN C-VITAMIN B12-FOLIC ACID TABLET
ASCORBIC ACID LIQUID 500MG/5ML, 500MG/15ML	LUTEIN CAPSULE 6MG, 8MG, 20MG, 40MG
ASCORBIC ACID LOZENGE 60MG	LUTEIN ESTERS CAPSULE 18.6MG
ASCORBIC ACID LOLLIPOP 100MG	LUTEIN TABLET 6MG, 10MG, 20MG
ASCORBIC ACID SYRUP 500MG/5ML, 500MG/15ML	MAGNESIUM OXIDE (MG SUPPLEMENT) CAPSULE 400MG, 500MG
ASCORBIC ACID TABLET 100MG, 250MG, 500MG, 1000MG	MAGNESIUM OXIDE (MG SUPPLEMENT) POWDER
ASCORBIC ACID	MAGNESIUM OXIDE (MG SUPPLEMENT) TABLET 200MG, 250MG, 400MG,420MG, 500MG
ASCORBIC ACID WAFER 500MG	MAGNESIUM TABLET 400MG
B COMPLEX W/ C TABLET	MULTIPLE VITAMIN CAPSULE
B-COMPLEX VITAMINS TABLET	MULTIPLE VITAMIN LIQUID
B-COMPLEX W/ C & E + ZN TABLET	MULTIPLE VITAMIN TABLET

B-COMPLEX W/ C & FOLIC ACID CAPSULE	MULTIPLE VITAMINS W/ IRON TABLET
B-COMPLEX W/ C & FOLIC ACID TABLET	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS CAPSULE
B-COMPLEX W/ MINERALS TABLET	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS CHEW
CALCIUM ASCORBATE TABLET 500MG	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS LIQUID
CALCIUM CARBONATE POWDER	MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS TABLET
CALCIUM CARBONATE SUSPENSION	NIACIN POWDER
CALCIUM CARBONATE TABLET 600MG, 1250MG, 1500MG	NIACIN TABLET 50MG, 100MG, 250MG, 500MG
CALCIUM CARBONATE-CHOLECALCIFEROL CHEW 500MG- 600	PED MULTIVITAMINS W/FL & IRON SOLUTION
CALCIUM CARBONATE-CHOLECALCIFEROL TABLET 500MG-200 UNIT,500MG-400 UNIT, 600MG-200 UNIT, 600MG-400 UNIT, 600MG- 800 UNIT	PEDIATRIC MULTIPLE VITAMIN W/ MINERALS & C CHEW 60
CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D TABLET 250MG-125 UNIT, 500MG-125 UNIT, 500MG-200 UNIT, 500MG-400 UNIT, 600MG-125 UNIT,600MG-200 UNIT, 600MG-400UNIT	PEDIATRIC MULTIPLE VITAMIN W/ MINERALS & C SOLUTION
CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D W/ MINERALS CHEW 500MG-400	PEDIATRIC MULTIPLE VITAMIN W/ MINERALS LIQUID
CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D W/ MINERALS TABLET	PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ IRON CHEW 15MG
CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D-SOY ISOFLAVONES TABLET	PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ IRON LIQUID 11MG/ML
CALCIUM CITRATE TABLET 250MG, 950MG	PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS W/ IRON SOLUTION
CALCIUM GLUCONATE TABLET 650MG	PEDIATRIC VITAMINS A/C/D W/ IRON SOLUTION
CALCIUM W/ VITAMINS C & D CHEW	POLYSACCHARIDE IRON COMPLEX LIQUID 15MG/0.5ML
CHOLECALCIFEROL CAPSULE 400 UNIT, 1000 UNIT, 2000 UNIT, 5000UNIT, 10000 UNIT, 50000 UNIT	PRENATAL MV & MIN W/FE-FA
CHOLECALCIFEROL CHEW 400 UNIT, 1000 UNIT, 2000 UNIT	PYRIDOXINE HCL TABLET 25MG, 50MG, 100MG, 200MG, 250MG, 500MG
CHOLECALCIFEROL LIQUID 400 UNIT/ML, 1000 UNIT/10ML, 1200UNIT/15ML	PYRIDOXINE HCL TABLET CR 200MG
CHOLECALCIFEROL TABLET 400 UNIT, 1000 UNIT, 2000 UNIT, 3000 UNIT,5000 UNIT, 50000 UNIT	THIAMINE HCL CAPSULE 50MG
CHOLECALCIFEROL DISPERSIBLE TABLET 5000 UNIT	THIAMINE HCL TABLET 50MG, 100MG, 250MG, 500MG
CHOLECALCIFEROL WAFER 50000 UNIT	THIAMINE MONONITRATE TABLET 100MG
CYANOCOBALAMIN SUBLINGUAL TABLET	VITAMIN D TABLET 400 UNIT

CYANOCOBALAMIN TABLET	VITAMIN E CAPSULE 100 UNIT, 200 UNIT, 400 UNIT, 600 UNIT, 1000 UNIT
ERGOCALCIFEROL SOLUTION 8000 UNIT/ML	VITAMIN E CHEW 400 UNIT
ERGOCALCIFEROL TABLET 400 UNIT	VITAMINS W/ LIPOTROPICS TABLET
ERGOCALCIFEROL CAPSULE 50,000 UNIT	ZINC GLUCONATE TABLET 50MG
FERROUS GLUCONATE TABLET 240 MG (27 MG ELEMENTAL FE), 324 MG(38 MG ELEMENTAL FE), 325 MG (36 MG ELEMENTAL FE), 325 MG (37.5 MG ELEMENTAL FE)	ZINC SULFATE TABLET 220MG
FERROUS FUMARATE TABLET 325 MG (106 MG ELEMENTAL FE)	

ANTIHYPERLIPIDEMICS

OMEGA-3 FATTY ACIDS CAPSULE 300MG, 306MG, 435MG, 500MG,554MG, 645MG, 1000MG, 1200MG, 1400MG	OMEGA-3 FATTY ACIDS CAPSULE DR 1200MG
OMEGA-3 FATTY ACIDS CHEW 113.5MG, 240MG, 875MG	OMEGA FATTY ACIDS-VITAMINS CHEW

OPHTHALMIC AGENTS

CARBOXYMETHYLCELLULOSE SODIUM (OPHTH) SOLUTION 0.25%, 0.5%	POLYETHYLENE GLYCOL-PROPYLENE GLYCOL (OPHTH) SOLUTION
KETOTIFEN FUMARATE (OPHTH) SOLUTION 0.025%	POLYVINYL ALCOHOL SOLUTION 1.4%
LANOLIN/MIN OIL/PETROLATUM, WHITE OINTMENT	PROPYLENE GLYCOL SOLUTION 0.6%
NAPHAZOLINE W/ PHENIRAMINE SOLUTION 0.025-0.3%, 0.027-0.315%	SODIUM CHLORIDE HYPERTONIC OPHTH SOLUTION
POLYETHYLENE GLYCOL-PROPYLENE GLYCOL (OPHTH) GEL 0.4-0.3%	SODIUM CHLORIDE HYPERTONIC OPHTH OINTMENT

OTIC AGENTS

CARBAMIDE PEROXIDE (OTIC) SOLUTION 6.5%	
---	--

MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS

ARTIFICIAL SALIVA SOLUTION	ARTIFICIAL SALIVA AEROSOL
ARTIFICIAL SALIVA GUM	ARTIFICIAL SALIVA GEL
ARTIFICIAL SALIVA PACK	ARTIFICIAL SALIVA LOZENGE

DERMATOLOGICALS

ANTISEBORRHEIC CREAM	HYDROCORTISONE (TOPICAL) OINTMENT 0.5%, 1%
----------------------	--

BACITRACIN (TOPICAL) OINTMENT 500 UNIT/GM	HYDROCORTISONE ACETATE (TOPICAL) CREAM 0.5%, 1%
BACITRACIN-POLYMYXIN B OINTMENT	HYDROCORTISONE ACETATE (TOPICAL) OINTMENT 1%
BALSAM PERU/ZINC OXIDE OINTMENT	HYDROCORTISONE ACETATE-ALOE VERA OINTMENT 1%
BENZOYL PEROXIDE CLEANSER 4.25%	HYDROCORTISONE-ALOE VERA CREAM 0.5%, 1%
BENZOYL PEROXIDE CREAM 2.5%, 10%	LACTIC ACID (AMMONIUM LACTATE) CREAM 12%
BENZOYL PEROXIDE GEL 2.5%, 5%, 10%	LACTIC ACID (AMMONIUM LACTATE) LOTION 12%
BENZOYL PEROXIDE KIT 4%/5%	LIDOCAINE HCL CREAM 4%
BENZOYL PEROXIDE LIQUID 4%, 5%, 5.25%, 8%, 10%	LIDOCAINE HCL GEL 2%
BENZOYL PEROXIDE LOTION 3%, 4%, 5%, 6%, 10%	LIDOCAINE PATCH 4%
BUTENAFINE HCL CREAM 1%	MICONAZOLE NITRATE (TOPICAL) CREAM 2%
CAPSAICIN CREAM 0.025%, 0.035%, 0.075%, 0.1%	MICONAZOLE NITRATE (TOPICAL) POWDER 2%
CLOTRIMAZOLE (TOPICAL) CREAM 1%	MINERAL OIL-HYDROPHILIC PETROLATUM OINTMENT
CLOTRIMAZOLE (TOPICAL) SOLUTION 1%	NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN OINTMENT
COAL TAR EXTRACT OIL 7.5%	PERMETHRIN CRÈME RINSE 1%
COAL TAR EXTRACT SHAMPOO 0.5%, 1%, 2.5%, 2.8%, 10%	PERMETHRIN LOTION 1%
COAL TAR-JUNIPER TAR-PINE TAR SHAMPOO	PYRETHRINS-PIPERONYL BUTOXIDE LIQUID 0.33-4%
DERMATOLOGICAL PRODUCTS, MISC. CREAM	PYRETHRINS-PIPERONYL BUTOXIDE SHAMPOO 0.33-4%
DERMATOLOGICAL PRODUCTS, MISC. LOTION	SALICYLIC ACID LIQUID 17%
DOCOSANOL CREAM 10%	TERBINAFINE HCL (TOPICAL) CREAM 1%
EMOLLIENT CREAM	TOLNAFTATE AERO POWDER 1%
EMOLLIENT LOTION	TOLNAFTATE AEROSOL 1%
GLYCERIN (TOPICAL) LIQUID	TOLNAFTATE CREAM 1%
HYDROCORTISONE (TOPICAL) CREAM 0.5%, 1%	TOLNAFTATE POWDER 1%
HYDROCORTISONE (TOPICAL) GEL 1%	ZINC OXIDE (TOPICAL) OINTMENT 40%
HYDROCORTISONE (TOPICAL) LOTION 1%	

DIAGNOSTIC PRODUCTS

ACETONE (URINE) TEST TABLET	GLUCOSE URINE TEST-(COPPER SULFATE) TABLET
ACETONE (URINE) TEST STRIP	PH TEST
ALBUMIN (URINE) TEST STRIP	MULTIPLE URINE TESTS STRIP
GLUCOSE URINE TEST-(GLUCOSE OXIDASE) STRIP	URINE GLUCOSE-KETONES TEST STRIP

SUPPLIES

CONDOMS LATEX LUBRICATED - MALE DEVI	CONDOMS - FEMALE MISC
--------------------------------------	-----------------------

CONDOMS, LATEX, NON-LUBRICATED MISC	
-------------------------------------	--

MISCELLANEOUS

ACETIC ACID SOLUTION 3%, 5%, 33%, 36%, (GLACIAL) 99%	GELATIN CAPSULE (EMPTY) CAPSULE
BENZYL ALCOHOL LIQUID	GLYCERIN (BULK) LIQUID
BENZYL BENZOATE (BULK) LIQUID	OLIVE OIL
CASTOR OIL (PHARMACEUTIC AID) OIL 100%	ORAL VEHICLES
COTTONSEED OIL (BULK) OIL	PHARMACEUTICAL EXCIPIENTS
CREAM BASE CREAM	SESAME OIL (BULK) OIL
ETHYL OLEATE (BULK) LIQUID	STARCH-MALTODEXTRIN (THICKENING) POWDER
FLAVORING AGENTS	STEVIA (BULK) POWDER 90%

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Aetna no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aetna hace lo siguiente:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
- intérpretes de lengua de señas calificados
- información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
- intérpretes calificados
- información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al número de teléfono que figura en este material.

Si considera que Aetna no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Aetna Medicare Grievance Department, P.O. Box 14067, Lexington, KY 40512. También puede presentar una queja por teléfono llamando al número de teléfono que figura en este material. Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al número de teléfono que figura en este material. También puede presentar un reclamo de derecho civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>; o bien, puede hacerlo por correo o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. También puede comunicarse con el coordinador de derechos civiles de Aetna por teléfono al 1-855-348-1369, por correo electrónico a MedicareCRCoordinator@aetna.com, o por escrito a Aetna Medicare Grievance Department, ATTN: Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14067 Lexington, KY 40512.

Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno o más de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna, incluidos los planes Aetna Life Insurance Company y sus filiales (Aetna).

TTY: 711

If you speak a language other than English, free language assistance services are available. Visit our website or call the phone number on your member identification card. (English)

Si habla un idioma que no sea inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro. (Spanish)

如果您使用英文以外的語言，我們將提供免費的語言協助服務。請瀏覽我們的網站或撥打您會員卡上的電話號碼。(Traditional Chinese)

영어가 아닌 언어를 쓰시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 저희 웹사이트를 방문하시거나 귀하의 ID 카드에 기재되어 있는 번호로 전화해 주십시오. (Korean)

Caso você seja falante de um idioma diferente do inglês, serviços gratuitos de assistência a idiomas estão disponíveis. Acesse nosso site ou ligue para o número de telefone presente em seu cartão de identificação de membros. (Portuguese)

જો તમે અંગ્રેજી સિવાયની ભાષા બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. અમારી વેબસાઇટની મુલાકાત લો અથવા તમારા સભ્ય ઓળખ કાર્ડ પરના ફોન નંબર પર કોલ કરો. (Gujarati)

Jeżeli nie posługują się Państwo językiem angielskim, dostępne są bezpłatne usługi wsparcia językowego. Proszę odwiedzić naszą witrynę lub zadzwonić pod numer podany na Państwa karcie członkowskiej. (Polish)

Nel caso Lei parlasse una lingua diversa dall'inglese, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Visiti il nostro sito web oppure chiami il numero di telefono presente sul Suo tesserino identificativo. (Italian)

إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة. تفضل بزيارة موقعنا على الويب أو اتصل برقم الهاتف الموضح على بطاقة هوية العضو الخاصة بك. (Arabic)

Kung hindi Ingles ang wikang inyong sinasalita, may maaari kayong kuning mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Bisitahin ang aming website o tawagan ang numero ng telepono na nasa inyong identification card bilang miyembro. (Tagalog)

Если вы не владеете английским и говорите на другом языке, вам могут предоставить бесплатную языковую помощь. Посетите наш веб-сайт или позвоните по номеру, указанному на вашей идентификационной карточке участника плана. (Russian)

Si ou pale yon lòt lang ki pa Anglè, wap jwenn sèvis asistans pou lang gratis ki disponib. Vizite sitwèb nou an oswa rele nan nimewo telefòn ki sou kat idantifikasyon manm ou an. (Haitian Creole)

अगर आप अंग्रेजी के अलावा कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। हमारी वेबसाइट पर जाएं या अपने सदस्य पहचान कार्ड पर दिए गए फोन नंबर पर कॉल करें। (Hindi)

Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác với Tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Xin vào trang mạng của chúng tôi hoặc gọi số điện thoại trên thẻ hội viên của quý vị.
(Vietnamese)

Si vous parlez une autre langue que l'anglais, des services d'assistance linguistique gratuits vous sont proposés. Visitez notre site Internet ou appelez le numéro figurant sur votre carte d'identification de membre. (French)

اگر آپ انگریزی کے علاوہ دوسری زبان بولتے ہیں تو، زبان سے متعلق مدد کی مفت خدمات دستیاب ہیں۔ ہماری ویب سائٹ ملاحظہ کریں یا اپنے ممبر کے شناختی کارڈ پر درج فون نمبر پر کال کریں۔ (Urdu)

Este formulario se actualizó el 10/1/2020. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** o para **usuarios de TTY: 711**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, o bien visite **[AetnaBetterHealth.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)**

Contrato/PBP: H6399-001



[AetnaBetterHealth.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)