



**Select  
Health**

# Select Health Medicare | 2027

# **Lista de medicamentos recetados disponibles**

## **LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS**

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

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

**Del 1 de octubre al 31 de marzo:**

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

**Del 1 de abril al 30 de septiembre:**

Días hábiles de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., domingos cerrado.

Fuera de este horario de atención, deje un mensaje. Le devolveremos su llamada en el plazo de un día hábil, o visite [\*\*selecthealth.org/medicare\*\*](https://selecthealth.org/medicare).

**Esta página se dejó en blanco intencionalmente**

# **Select Health Medicare**

## **Lista de medicamentos recetados disponibles para el 2027**

### **Lista de medicamentos cubiertos**

**POR FAVOR, LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS  
MEDICAMENTOS CUBIERTOS EN ESTE PLAN.**

Para obtener información actualizada acerca de las farmacias de nuestra red, incluyendo si hay farmacias preferidas de menor costo en su área, llame al **800-442-9900 (TTY 711)** o consulte el directorio de farmacias en línea, en **[selecthealth.org/medicare/pharmacy](https://selecthealth.org/medicare/pharmacy)**.

Envío de la lista de medicamentos recetados disponibles con aprobación de HPMS ID 27009 Versión  
10

# Notice of Nondiscrimination

Select Health obeys Federal civil rights laws. We do not treat you differently because of your race, color, ethnic background or where you come from, age, disability, sex, religion, creed, language, social class, veteran status, and/or any other characteristic protected by applicable federal or state law.

We provide free:

- Aid to those with disabilities to help them talk with us. This may be sign language interpreters or info in other formats (large print, audio, electronic).
- Help for those whose first language is not English, such as interpreters or member materials in other languages.

Need help? Call:

- Select Health Member Services: **1-800-538-5038 (TTY: 711)**
- Select Health Medicare Member Services: **1-855-442-9900 (TTY: 711)**
- Select Health Medicaid Member Services: **1-855-442-3234 (TTY: 711)**
- Select Health FEHB Member Services: **1-844-345-3342 (TTY: 711)**

If you feel you've been treated unfairly, you can reach the Select Health 504/Civil Rights Coordinator by:

Phone: **1-844-208-9012 (TTY Users: 711)**;  
Compliance Hotline: **1-800-442-4845**

Mail: Select Health (Attn: Civil Rights Coordinator)  
5381 South Green Street  
Murray, UT 84123

Email: **ContactCompliance@imail.org**

You may also contact the Office for Civil Rights at:

Online: **ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**

Phone: **1-800-368-1019**; TTY Users: **1-800-537-7697**

Mail: U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW, Room 509F,  
HHH Building, Washington, D.C. 20201

HHS complaint forms are available at:  
**hhs.gov/ocr/complaints/index.html**

This notice is available at: **selecthealth.org/disclaimers/non-discrimination**

## Notice of Availability

ATTENTION: We provide free language assistance services. We also offer free auxiliary aids and services when needed. Call **1-800-538-5038 (TTY Users: 711)**.

ATENCIÓN: Ofrecemos servicios gratuitos de asistencia con el idioma. También brindamos servicios y ayudas auxiliares gratuitos cuando los necesite. Llame a Select Health.

注意：我們提供免費的語言協助服務。如有需要，我們也免費提供輔助工具及服務。請致電 Select Health。

CHÚ Ý: Chúng tôi cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Chúng tôi cũng cung cấp miễn phí các phương tiện và dịch vụ hỗ trợ bổ sung khi cần. Gọi Select Health.

알림: 저희는 무료 언어 지원 서비스와 필요한 경우 무료 보조 장비 및 서비스를 제공하고 있습니다. Select Health로 전화해 주십시오.

ध्यान दिनुहोस्: हामी भाषासम्बन्धी सहायता सेवा निःशुल्क रूपमा प्रदान गर्छौ। आवश्यक परेमा निःशुल्क सहायक सामग्री तथा सेवाहरू पनि उपलब्ध गराउँछौ। Select Health मा फोन गर्नुहोस्।

PAUNAWA: Nagbibigay kami ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Nag-aalok din kami ng mga karagdagang tulong at serbisyo (auxiliary aids) nang walang bayad kung kinakailangan. Tumawag sa Select Health.

ACHTUNG: Wir bieten kostenlose Sprachunterstützung an. Bei Bedarf stellen wir Ihnen auch kostenlose Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie Select Health an.

ВНИМАНИЕ. Мы предоставляем бесплатные услуги языковой поддержки. При необходимости мы также предлагаем бесплатные вспомогательные средства и услуги. Позвоните в Select Health.

ATTENTION : Nous fournissons des services d'assistance linguistique gratuits. Nous offrons également des aides et services auxiliaires gratuits en cas de besoin. Appelez Select Health.

注意事項：無料の言語支援サービスを提供しています。また、必要に応じて無料の補助的手段やサービスも提供しています。Select Healthまでお電話ください。

ማሳሰቢያ: ነጻ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች እና ቀርባላን፡፡ እንዲሁም አስፈላጊ ሲሆን ነጻ የተገባበት መርጃ መሣሪያዎችን እና አገልግሎቶችን እና ቀርባላን፡፡ ወደ Select Health ይጻውሉ፡፡

ПАЖНА: Ако говорите српски, биће вам доступне бесплатне услуге језичке подршке. Такође пружамо бесплатна помоћна средства и услуге када су потребни. Контактирајте Select Health.

تنبيه: نقدم خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. كما نوفر وسائل وخدمات مساعدة مجانية عند الحاجة. يُرجى الاتصال بـ Select Health.

توجه: ما خدمات رایگان کمک زبانی ارائه می‌کنیم. همچنین، در صورت نیاز، خدمات و تجهیزات کمکی رایگان ارائه می‌دهیم. با Select Health تماس بگیرید.

โปรดทราบ: เราให้บริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ เรายังมีบริการและอุปกรณ์ช่วยเหลือเพิ่มเติมฟรีเมื่อจำเป็น โทรติดต่อ Select Health

Select Health: **1-800-538-5038 (TTY Users: 711)**

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

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

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

Debe utilizar las farmacias de la red para acceder a su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, la lista de medicamentos recetados disponibles, las farmacias de la red, los copagos y el coseguro pueden modificarse a partir del 1 de enero de 2027, y de vez en cuando durante el año.

### **¿Qué es la lista de medicamentos recetados disponible de Select Health Medicare?**

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

### **¿Puede cambiar la lista de medicamentos recetados disponibles?**

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

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

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podremos quitar de inmediato un medicamento de marca de nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos con cierta versión nueva de ese medicamento que aparece en el mismo nivel de costo compartido o uno menor, y con las mismas o menos restricciones. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, podemos decidir mantener el

medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra lista, pero pasarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.

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

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

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

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

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos determina su retirada por motivos de seguridad o eficacia, podemos retirar inmediatamente el medicamento de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles y avisar posteriormente a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que actualmente están usando un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para sustituir uno de marca que actualmente está en la lista de medicamentos recetados disponibles, o agregar uno nuevo biosimilar para sustituir a un producto biológico original que actualmente está en la lista, o agregar nuevas restricciones o cambiar el nivel de un medicamento que mantenemos a un costo compartido superior, o ambas cosas, después de agregar un medicamento correspondiente. Podemos eliminar un medicamento de marca de la lista de medicamentos recetados disponibles al agregar un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original al agregar uno biosimilar. También podemos agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o producto biológico original, o pasarlo a otro nivel de costo compartido, o ambas opciones. Podemos hacer cambios según las nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, agregamos una autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar el cambio a los

miembros afectados al menos **30 días** antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un miembro solicita resurtir el medicamento, puede recibir un suministro del medicamento para 60 días y la notificación del cambio.

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

**Cambios que no le afectarán si actualmente utiliza el medicamento.** Por lo general, si está usando un medicamento de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles para el 2027 que estaba cubierto al comienzo del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2027, excepto como se describió antes. Esto significa que estos medicamentos estarán disponibles en el mismo nivel de costo compartido y sin restricciones nuevas para aquellos miembros que los usan durante el resto del año de cobertura. Usted no recibirá una notificación directa este año sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, estos cambios le afectarán y es importante que revise la lista de medicamentos recetados disponibles del año nuevo de beneficios para advertir cualquier cambio en los medicamentos.

**La lista de medicamentos recetados disponibles adjunta se encuentra vigente desde el 1 de octubre de 2026.** Contáctenos para obtener información actualizada sobre los medicamentos que cubre Select Health Medicare. Nuestra información de contacto se encuentra en las páginas de portada y contraportada. En caso de cambios a mediados de año que no sean de mantenimiento de la lista de medicamentos recetados disponibles durante todo el año del plan, Select Health puede hacer cambios a través de hojas de erratas que usted recibe por correo. Además, puede visitar [selecthealth.org/medicare](https://selecthealth.org/medicare) para obtener un enlace a la hoja de erratas.

## **¿Cómo utilizo la lista de medicamentos recetados disponibles?**

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

### **Por condición médica**

La lista de medicamentos recetados disponibles comienza en la **página 1**. Los medicamentos incluidos en esta lista de medicamentos recetados disponibles se agrupan en categorías según el tipo de condiciones médicas que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar una enfermedad cardíaca se incluyen en la categoría Medicamentos cardiovasculares/Agentes hipotensores. Si usted sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la **página 139**. Después, busque el nombre de su medicamento en esa categoría.

### **Por orden alfabético**

Si no sabe exactamente en qué categoría está, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la **página 139**. El índice incluye una lista por orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca comercial como

los medicamentos genéricos están enumerados en el índice. Busque en el índice para encontrar su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar la información sobre la cobertura. Consulte la página que figura en el índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

### ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

### ¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación guardan con los biosimilares?

En la Lista de medicamentos recetados disponibles, cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los fármacos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien como los productos biológicos originales y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Para más información sobre los tipos de medicamentos, consulte la **Evidencia de Cobertura**, Capítulo 1, Sección 3.4, «La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos».

### ¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Select Health requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener una aprobación de Select Health antes de surtir sus medicamentos recetados. Si no obtiene la aprobación, puede ser que Select Health no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad** Para ciertos medicamentos, Select Health limita la cantidad del medicamento que Select Health cubrirá. Por ejemplo, Select Health proporciona 60 pastillas por receta de lovastatina. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de uno o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, Select Health requiere que pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición médica. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición

médica, puede ser que Select Health no cubra el medicamento B a menos que primero intente con el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, entonces Select Health cubrirá el medicamento B.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento incluso si no se encuentra en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y no podrá solicitarnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede pedirnos que renunciemos a una restricción de cobertura, incluyendo la autorización previa, la terapia escalonada o el límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Select Health limita la cantidad del medicamento que cubre. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, nos puede solicitar que otorguemos una exención al límite y cubramos una cantidad mayor.

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

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

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

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

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

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

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

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

### Para obtener más información

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

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

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

### Lista de medicamentos recetados disponibles de Select Health Medicare

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

**En la primera columna del cuadro, se indica el nombre del medicamento.** Los medicamentos de marca están en mayúsculas (p. ej., ADVAIR) y los medicamentos genéricos están en minúsculas e itálicas (p. ej., *simvastatina*).

**En la segunda columna del cuadro, se indica el nivel del medicamento.** La columna de nivel del medicamento le indica el tipo de copago o coseguro que deberá pagar en la farmacia.

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

**PA:** requerimos que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos antes de surtir sus recetas.

**QL:** limitamos la cantidad del medicamento cubierto a un período específico.

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

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

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

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

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

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

| MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES |
|-------------|-------|--------------------|
|-------------|-------|--------------------|

## ANALGESICS

### ANALGESICS COMBINATIONS

|                                                                                                   |   |                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------|
| <i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab)</i>                        | 3 | QL (390 PER 30 DAYS),<br>(Excluded from Auto Extension)                         |
| <i>ascomp-codeine 50-325-40-30 mg cap</i>                                                         | 3 | QL (180 PER 30 DAYS), NM<br>(Non-Mail Order), (Excluded from<br>Auto Extension) |
| <i>bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab</i>                                            | 3 | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-<br>Mail Order)                                    |
| <i>butalbital-apap-caff-cod (50-300-40-30 mg cap,<br/>50-325-40-30 mg cap)</i>                    | 3 | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-<br>Mail Order), (Excluded from Auto<br>Extension) |
| <i>butalbital-apap-caffeine (50-300-40 mg cap,<br/>50-325-40 mg cap, 50-325-40 mg tab)</i>        | 3 | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-<br>Mail Order)                                    |
| <i>butalbital-asa-caff-codeine 50-325-40-30 mg<br/>cap</i>                                        | 3 | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-<br>Mail Order), (Excluded from Auto<br>Extension) |
| <i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>                                               | 3 | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-<br>Mail Order)                                    |
| <i>hydrocodone-acetaminophen (5-325 mg tab,<br/>7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)</i>                | 3 | QL (240 PER 30 DAYS),<br>(Excluded from Auto Extension)                         |
| HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN<br>2.5-325 MG TAB                                                       | 3 | QL (240 PER 30 DAYS), NM<br>(Non-Mail Order), (Excluded from<br>Auto Extension) |
| <i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-<br/>325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)</i> | 3 | QL (180 PER 30 DAYS),<br>(Excluded from Auto Extension)                         |
| <i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>                                                     | 3 | QL (120 PER 30 DAYS),<br>(Excluded from Auto Extension)                         |

### NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS

|                                                                      |   |  |
|----------------------------------------------------------------------|---|--|
| <i>cataflam 50 mg tab</i>                                            | 2 |  |
| <i>celecoxib (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg<br/>cap, 400 mg cap)</i> | 2 |  |
| <i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>                                | 2 |  |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                       | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr)</i>                      | 2            |                           |
| <i>diclofenac sodium 1.5 % solution</i>                                                  | 3            | QL (450 PER 30 DAYS)      |
| <i>diclofenac sodium 3 % gel</i>                                                         | 3            |                           |
| <i>diclofenac sodium er 100 mg tab 24h</i>                                               | 2            |                           |
| <i>diflunisal 500 mg tab</i>                                                             | 2            | QL (90 PER 30 DAYS)       |
| <i>etodolac (200 mg cap, 300 mg cap, 400 mg tab, 500 mg tab)</i>                         | 2            |                           |
| <i>etodolac er (er 400 mg tab er, er 500 mg tab er)</i>                                  | 2            | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| <i>etodolac er 600 mg tab 24h</i>                                                        | 2            | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>fenoprofen calcium (fenoprofen calcium 400 mg cap, fenoprofen calcium 400 mg cap)</i> | 2            |                           |
| <i>flurbiprofen (flurbiprofen 100 mg tab, flurbiprofen 100 mg tab)</i>                   | 2            |                           |
| <i>ibu (600 mg tab, 800 mg tab)</i>                                                      | 2            |                           |
| <i>ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>                                    | 2            |                           |
| <i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>                                               | 2            |                           |
| <b>MECLOFENAMATE SODIUM 100 MG CAP</b>                                                   | 2            | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| <b>MECLOFENAMATE SODIUM 50 MG CAP</b>                                                    | 2            | QL (240 PER 30 DAYS)      |
| <i>meloxicam (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>                                                 | 2            |                           |
| <i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i>                                               | 2            |                           |
| <i>naproxen (125 mg/5ml suspension, 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)</i>              | 2            |                           |
| <i>naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)</i>                                          | 2            |                           |
| <i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i>                                                  | 2            |                           |
| <i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>                                                 | 2            |                           |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                              | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OPIOID ANALGESICS</b>                                                                                                                 |       |                                                                               |
| <i>buprenorphine (5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk, 10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk)</i>                | 3     | QL (4 PER 28 OVER TIME), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)  |
| <i>fentanyl (12 mcg/hr patch, 25 mcg/hr patch, 50 mcg/hr patch, 75 mcg/hr patch, 100 mcg/hr patch)</i>                                   | 3     | QL (10 PER 30 OVER TIME), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>hydromorphone hcl (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>                                                                                  | 3     | QL (120 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)     |
| <i>methadone hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                                                               | 3     | QL (90 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)      |
| <i>morphine sulfate (morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab, morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab)</i> | 3     | QL (120 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)     |
| <i>morphine sulfate er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>                                        | 3     | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)      |
| <i>morphine sulfate er 15 mg tab</i>                                                                                                     | 3     | QL (90 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)      |
| <i>oxycodone hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>                                                              | 3     | QL (120 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)     |
| <i>tramadol hcl 100 mg tab</i>                                                                                                           | 3     | QL (120 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                          |
| <i>tramadol hcl 50 mg tab</i>                                                                                                            | 3     | QL (240 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                          |
| <i>tramadol hcl er 100 mg tab 24h</i>                                                                                                    | 3     | QL (120 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                          |
| <i>tramadol hcl er 200 mg tab 24h</i>                                                                                                    | 3     | QL (60 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                           |
| <i>tramadol hcl er 300 mg tab 24h</i>                                                                                                    | 3     | QL (30 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                           |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                  | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES |
|----------------------------------------------|-------|--------------------|
| <b>ANESTHETICS</b>                           |       |                    |
| <b>LOCAL ANESTHETICS</b>                     |       |                    |
| AGONEAZE 2.5-2.5 % KIT                       | 3     |                    |
| <i>lidocaine 5 % patch</i>                   | 3     |                    |
| <i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i>  | 3     |                    |
| <i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % kit</i>    | 3     |                    |
| <i>lidocan 5 % patch</i>                     | 3     |                    |
| LIVIXIL PAK 2.5-2.5 % KIT                    | 3     |                    |
| PRILOVIX 2.5-2.5 % KIT                       | 3     |                    |
| <i>prilovix lite 2.5-2.5 % kit</i>           | 3     |                    |
| <i>prilovix lite plus 2.5-2.5 % kit</i>      | 3     |                    |
| PRILOVIX PLUS 2.5-2.5 % KIT                  | 3     |                    |
| <i>prilovix ultralite 2.5-2.5 % kit</i>      | 3     |                    |
| <i>prilovix ultralite plus 2.5-2.5 % kit</i> | 3     |                    |

## ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

|                                                                               |   |                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------|
| <i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>                                      | 3 |                                                                                 |
| <i>buprenorphine hcl 2 mg sl tab</i>                                          | 3 | QL (210 PER 30 DAYS), NM<br>(Non-Mail Order), (Excluded from<br>Auto Extension) |
| <i>buprenorphine hcl 8 mg sl tab</i>                                          | 3 | QL (120 PER 30 DAYS), NM<br>(Non-Mail Order), (Excluded from<br>Auto Extension) |
| <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg tab,<br/>8-2 mg tab)</i>          | 2 | QL (120 PER 30 DAYS), NM<br>(Non-Mail Order), (Excluded from<br>Auto Extension) |
| <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg, 4-1<br/>mg, 8-2 mg, 12-3 mg)</i> | 3 | QL (120 PER 30 DAYS), NM<br>(Non-Mail Order), (Excluded from<br>Auto Extension) |
| <i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab 12h</i>                          | 2 |                                                                                 |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------|
| <i>disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)</i>                                                                                                                 | 3     |                               |
| KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID                                                                                                                                 | 3     | QL (2 PER 30 OVER TIME)       |
| <i>lofexidine hcl 0.18 mg tab</i>                                                                                                                          | 5     | PA, QL (224 PER 30 OVER TIME) |
| <i>naloxone hcl (naloxone hcl 2 mg/2ml soln prsyr, naloxone hcl 0.4 mg/ml soln cart, naloxone hcl 0.4 mg/ml solution, naloxone hcl 4 mg/10ml solution)</i> | 2     |                               |
| <i>naloxone hcl 0.4 mg/ml soln prsyr</i>                                                                                                                   | 2     |                               |
| <i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>                                                                                                                            | 2     |                               |
| NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION                                                                                                                              | 4     | PA, QL (360 PER 30 DAYS)      |
| <i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 &amp; 1 mg x 42 tab thpk</i>                                                                                 | 3     |                               |
| <i>varenicline tartrate 0.5 mg tab</i>                                                                                                                     | 3     |                               |
| <i>varenicline tartrate 1 mg tab</i>                                                                                                                       | 3     |                               |
| <i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>                                                                                                             | 3     |                               |

## ANTIBACTERIALS

|                                                                                                                                                                               |   |                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>                                                                                                                                   | 2 | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>amoxicillin (125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml)</i>                                                                                                           | 2 | (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>amoxicillin (amoxicillin 125 mg chew tab, amoxicillin 500 mg cap, amoxicillin 250 mg chew tab, amoxicillin 250 mg cap, amoxicillin 500 mg tab, amoxicillin 875 mg tab)</i> | 2 | (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>amoxicillin trihydrate 250 mg/5ml recon susp</i>                                                                                                                           | 2 |                                                                                                      |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml)</i>                                                                                          | 2 | (Excluded from Auto Extension)                                                                       |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>amoxicillin-pot clavulanate (amoxicillin-pot clavulanate 400-57 mg chew tab, amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg tab, amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg chew tab, amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, amoxicillin-pot clavulanate 250-62.5 mg/5ml recon susp, amoxicillin-pot clavulanate 500-125 mg tab)</i> | 2     | (Excluded from Auto Extension)                                                                                                                 |
| <i>ampicillin 500 mg cap</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2     | (Excluded from Auto Extension)                                                                                                                 |
| <i>ampicillin sodium (1 gm soln, 10 gm soln)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                                           |
| <i>ampicillin sodium 2 gm recon soln</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                                           |
| <i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm soln, 3 (2-1) gm soln, 15 (10-5) gm soln)</i>                                                                                                                                                                                                                                      | 2     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                                           |
| ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 5     | QL (252 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                                                                                           |
| <i>azithromycin (100 mg/5ml, 200 mg/5ml)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                            |
| <i>azithromycin (500 mg tab, 600 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                            |
| <i>azithromycin 250 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2     | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>azithromycin 500 mg recon soln</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2     | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                      |
| <i>aztreonam (1 gm soln, 2 gm soln)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2     | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                      |
| BAXDELA 300 MG RECON SOLN                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 5     | QL (28 PER 14 DAYS), HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                        | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BAXDELA 450 MG TAB                                                                                                                 | 5     | QL (28 PER 14 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| BICILLIN C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION                                                                                           | 4     | NM (Non-Mail Order), (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension)                                                     |
| BICILLIN C-R 900/300 900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION                                                                             | 4     | NM (Non-Mail Order), (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension)                                                     |
| BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR)                                 | 4     | NM (Non-Mail Order), (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension)                                                     |
| CAYSTON 75 MG RECON SOLN                                                                                                           | 5     | PA, QL (280 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                              |
| CEFACLOR (250 MG CAP, 500 MG CAP)                                                                                                  | 2     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                        |
| CEFACLOR ER 500 MG TAB 12H                                                                                                         | 2     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                        |
| <i>cefadroxil (cefadroxil 500 mg/5ml recon susp, cefadroxil 1 gm tab, cefadroxil 250 mg/5ml recon susp, cefadroxil 500 mg cap)</i> | 2     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                        |
| <i>cefazolin sodium (1 gm soln, 10 gm soln, 500 mg soln)</i>                                                                       | 2     | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                  |
| <i>cefdinir (125 mg/5ml, 250 mg/5ml)</i>                                                                                           | 2     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                        |
| <i>cefdinir 300 mg cap</i>                                                                                                         | 2     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                        |
| <i>cefepime hcl (1 gm soln, 2 gm soln)</i>                                                                                         | 2     | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                  |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                    | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>cefixime (cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 200 mg/5ml recon susp)</i>                                                               | 3     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>cefixime 400 mg cap</i>                                                                                                                                                     | 3     | QL (60 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>cefoxitin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)</i>                                                                                                                     | 2     | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| CEFPODOXIME PROXETIL (CEFPODOXIME PROXETIL 200 MG TAB, CEFPODOXIME PROXETIL 50 MG/5ML RECON SUSP, CEFPODOXIME PROXETIL 100 MG TAB, CEFPODOXIME PROXETIL 100 MG/5ML RECON SUSP) | 3     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>                                                                                        | 2     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>ceftaroline fosamil (400 mg soln, 600 mg soln)</i>                                                                                                                          | 4     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B)                                                      |
| CEFTAZIDIME (CEFTAZIDIME 6 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 1 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 2 GM RECON SOLN)                                                                            | 2     | HI, NM (Non-Mail Order), (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension)                                |
| <i>ceftriaxone sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln, 250 mg soln, 500 mg soln)</i>                                                                                         | 2     | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>                                                                                                                              | 3     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>cefuroxime sodium (1.5 gm soln, 750 mg soln)</i>                                                                                                                            | 3     | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>cephalexin (125 mg/5ml, 250 mg/5ml)</i>                                                                                                                                     | 2     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>cephalexin (250 mg cap, 250 mg tab, 500 mg cap, 500 mg tab)</i>                                                                                                             | 2     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                       | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>ciprofloxacin hcl (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>                                                                                            | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>ciprofloxacin in d5w (ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution, ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution)</i>                                     | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>clarithromycin (clarithromycin 250 mg/5ml recon susp, clarithromycin 250 mg tab, clarithromycin 500 mg tab, clarithromycin 125 mg/5ml recon susp)</i> | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>clarithromycin er 500 mg tab 24h</i>                                                                                                                  | 3            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>clindamycin hcl (75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap)</i>                                                                                               | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>                                                                                                    | 3            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>clindamycin phosphate (300 mg/2ml, 600 mg/4ml)</i>                                                                                                    | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>clindamycin phosphate (9 gm/60ml, 900 mg/6ml)</i>                                                                                                     | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                   |
| <i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml)</i>                                                                              | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension)                                |
| <i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>                                                                                                     | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>dalbavancin hcl 500 mg recon soln</i>                                                                                                                 | 4            | HI                                                                                                                        |
| <i>daptomycin (daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 350 mg recon soln)</i>                                                                           | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| <b>DAPTOMYCIN 350 MG RECON SOLN</b>                                                                                                                      | 2            | (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                          |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                    | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>daptomycin 500 mg recon soln</i>                                                                                   | 2            | QL (150 PER 30 DAYS), HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| DAPTOMYCIN 500 MG RECON SOLN                                                                                          | 2            | (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                                                |
| <i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>                                                                  | 3            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                             |
| DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP                                                                                           | 5            | ST, QL (136 PER 10 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                   |
| <i>doxy 100 mg recon soln</i>                                                                                         | 4            | HI, NM (Non-Mail Order), (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension)                                                      |
| <i>doxycycline hyclate (50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>                                                        | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                             |
| <i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>                                                                          | 4            | HI, (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension)                                                                           |
| <i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>                                                                                  | 2            | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                        |
| <i>doxycycline monohydrate (25 mg/5ml recon susp, 50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>        | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                             |
| <i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>                                                                               | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                       |
| <i>erythrocin lactobionate (erythrocin lactobionate 500 mg recon soln, erythrocin lactobionate 500 mg recon soln)</i> | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                       |
| <i>erythromycin (250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>                                                     | 4            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                             |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>erythromycin base (250 mg tab, 500 mg tab)</i>                                                                                                                 | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>erythromycin base (erythromycin base 500 mg tab dr, erythromycin base 250 mg cp dr part, erythromycin base 250 mg tab dr, erythromycin base 333 mg tab dr)</i> | 4            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp</i>                                                                                                          | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg/5ml recon susp</i>                                                                                                          | 2            | (Excluded from Auto Extension)                                                                                            |
| <i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>                                                                                                                | 2            | (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                          |
| <i>fidaxomicin 200 mg tab</i>                                                                                                                                     | 5            | ST, QL (20 PER 10 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                              |
| FIRVANQ 25 MG/ML RECON SOLN                                                                                                                                       | 3            | QL (450 PER 30 DAYS), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)    |
| FIRVANQ 50 MG/ML RECON SOLN                                                                                                                                       | 3            | QL (450 PER 30 DAYS), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)    |
| <i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>                                                                                                                        | 3            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| GENTAMICIN IN SALINE (0.8-0.9 MG/ML-% SOLUTION, 1-0.9 MG/ML-% SOLUTION, 1.2-0.9 MG/ML-% SOLUTION, 1.6-0.9 MG/ML-% SOLUTION)                                       | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>                                                                                                                       | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>imipenem-cilastatin (imipenem-cilastatin 500 mg recon soln, imipenem-cilastatin 250 mg recon soln)</i>                                                         | 4            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                              | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>                                        | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>levofloxacin in d5w (in 500 mg/100ml, in 750 mg/150ml)</i>                                   | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>                                                          | 3            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>linezolid 600 mg tab</i>                                                                     | 3            | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                  |
| <i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>                                                          | 3            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>meropenem (1 gm soln, 500 mg soln)</i>                                                       | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>                                                           | 3            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>metronidazole (250 mg tab, 375 mg cap)</i>                                                   | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>metronidazole (metronidazole 500 mg/100ml solution, metronidazole 500 mg/100ml solution)</i> | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>metronidazole 500 mg tab</i>                                                                 | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>minocycline hcl (50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap)</i>                                       | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>                                                              | 3            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <b>MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION</b>                                          | 3            | HI, NM (Non-Mail Order), (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension)                                |
| <i>nafcillin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)</i>                                      | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                               | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>                                                                                                                                                               | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                                |
| <i>nitrofurantoin (25 mg/5ml suspension, 50 mg/10ml suspension)</i>                                                                                                                              | 3            | PA, NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                            |
| <i>nitrofurantoin macrocrystal (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>                                                                                                                            | 3            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                                |
| <i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>                                                                                                                                                   | 3            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                                |
| <i>ofloxacin (ofloxacin 400 mg tab, ofloxacin 400 mg tab)</i>                                                                                                                                    | 3            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                                |
| PENICILLIN G POT IN DEXTROSE (40000 UNIT/ML SOLUTION, 60000 UNIT/ML SOLUTION)                                                                                                                    | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                          |
| <i>penicillin g potassium 20000000 unit recon soln</i>                                                                                                                                           | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                          |
| PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN                                                                                                                                                      | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                          |
| <i>penicillin v potassium (penicillin v potassium 125 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg tab, penicillin v potassium 500 mg tab)</i> | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                                |
| <i>piperacillin sod-tazobactam so (2.25 (2-0.25) gm ln, 3-0.375 gm ln, 3.375 (3-0.375) gm ln, 4-0.5 gm ln, 4.5 (4-0.5) gm ln, 40.5 (36-4.5) gm ln)</i>                                           | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                          |
| <i>piperacillin sod-tazobactam so 13.5 (12-1.5) gm recon ln</i>                                                                                                                                  | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                          |
| SIVEXTRO 200 MG RECON SOLN                                                                                                                                                                       | 4            | QL (6 PER 30 OVER TIME), HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                           | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SIVEXTRO 200 MG TAB                                                                                                                                                                                                          | 4            | QL (6 PER 30 OVER TIME), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                |
| STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN                                                                                                                                                                                         | 2            | BVD, NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                    |
| <i>sulfadiazine 500 mg tab</i>                                                                                                                                                                                               | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                         |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 800-160 mg/20ml suspension)</i>                                                                                                                                  | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                         |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim (400-80 mg tab, 800-160 mg tab)</i>                                                                                                                                                         | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                         |
| <i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>                                                                                                                                                                             | 3            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                         |
| <i>tigecycline 50 mg recon soln</i>                                                                                                                                                                                          | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                   |
| <i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                   | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                         |
| <i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>                                                                                                                                                                                       | 5            | PA, NM (Non-Mail Order), (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension)                                                  |
| <i>tobramycin sulfate (tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 1.2 gm/30ml solution, tobramycin sulfate 10 mg/ml solution, tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 80 mg/2ml solution)</i> | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                   |
| <i>trimethoprim (trimethoprim 100 mg tab, trimethoprim 100 mg tab)</i>                                                                                                                                                       | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                         |
| <i>vancomycin hcl (1 gm soln, 10 gm soln, 750 mg soln)</i>                                                                                                                                                                   | 4            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                   |
| <i>vancomycin hcl (125 mg cap, 250 mg cap)</i>                                                                                                                                                                               | 4            | QL (120 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                            | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>vancomycin hcl (50 mg/ml soln, 250 mg/5ml soln)</i> | 4     | QL (450 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>vancomycin hcl 25 mg/ml recon soln</i>              | 4     | QL (450 PER 30 DAYS), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                      |
| <i>vancomycin hcl 500 mg recon soln</i>                | 4     | HI, NM (Non-Mail Order), (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension)                                                  |
| VANCOMYCIN HCL 750 MG RECON SOLN                       | 4     | (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                                            |
| XIFAXAN 200 MG TAB                                     | 3     | PA, QL (180 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                               |
| XIFAXAN 550 MG TAB                                     | 3     | PA, QL (90 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                |

## ANTICONVULSANTS

|                                                                                                                                      |   |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------|
| <i>brivaracetam (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>                                                         | 5 | ST, QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>brivaracetam 10 mg/ml solution</i>                                                                                                | 5 | ST, QL (600 PER 30 DAYS) |
| <i>carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg tab)</i>                                                            | 2 |                          |
| CARBAMAZEPINE 200 MG CHEW TAB                                                                                                        | 3 | QL (240 PER 30 DAYS)     |
| <i>carbamazepine er (er 100 mg cap er, er 100 mg tab er, er 200 mg cap er, er 200 mg tab er, er 300 mg cap er, er 400 mg tab er)</i> | 3 |                          |
| <i>clobazam (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                                                               | 2 | QL (60 PER 30 DAYS)      |
| <i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>                                                                                                 | 2 | QL (480 PER 30 DAYS)     |
| <i>clonazepam (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>                                                                                   | 2 | QL (300 PER 30 DAYS)     |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                           | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------|
| <i>clonazepam (clonazepam 0.125 mg tab disp, clonazepam 0.5 mg tab disp, clonazepam 0.25 mg tab, clonazepam 0.25 mg tab disp, clonazepam 1 mg tab disp, clonazepam 2 mg tab disp)</i> | 3     | QL (300 PER 30 DAYS)         |
| DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET, 500 MG CAP, 500 MG PACKET)                                                                                                                       | 4     | PA, LA, QL (300 PER 30 DAYS) |
| <i>diazepam (2.5 mg gel, 10 mg gel, 20 mg gel)</i>                                                                                                                                    | 2     |                              |
| DILANTIN 100 MG CAP                                                                                                                                                                   | 4     | QL (300 PER 30 DAYS)         |
| DILANTIN 125 MG/5ML SUSPENSION                                                                                                                                                        | 4     | QL (750 PER 30 DAYS)         |
| DILANTIN 30 MG CAP                                                                                                                                                                    | 4     |                              |
| DILANTIN INFATABS 50 MG CHEW                                                                                                                                                          | 4     | QL (600 PER 30 DAYS)         |
| DILANTIN-125 MG/5ML SUSPENSION                                                                                                                                                        | 4     | QL (750 PER 30 DAYS)         |
| <i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>                                                                                                 | 2     |                              |
| <i>divalproex sodium er (er 250 mg tab er, er 500 mg tab er)</i>                                                                                                                      | 2     |                              |
| EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION                                                                                                                                                          | 5     | PA, QL (900 PER 30 DAYS)     |
| EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION                                                                                                                                                            | 4     | QL (480 PER 30 DAYS)         |
| <i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>                                                                                                                               | 4     | ST, QL (30 PER 30 DAYS)      |
| <i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>                                                                                                                               | 4     | ST, QL (60 PER 30 DAYS)      |
| <i>ethosuximide 250 mg cap</i>                                                                                                                                                        | 2     |                              |
| <i>ethosuximide 250 mg/5ml solution</i>                                                                                                                                               | 2     |                              |
| <i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab)</i>                                                                                                                                             | 3     |                              |
| <i>felbamate 600 mg/5ml suspension</i>                                                                                                                                                | 3     |                              |
| FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION                                                                                                                                                           | 5     | PA, LA, QL (360 PER 30 DAYS) |
| <i>gabapentin (250 mg/5ml, 300 mg/6ml)</i>                                                                                                                                            | 2     | QL (2160 PER 30 DAYS)        |
| <i>gabapentin 100 mg cap</i>                                                                                                                                                          | 2     | QL (960 PER 30 DAYS)         |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                               | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>gabapentin 200 mg cap</i>                                                                                                     | 4            |                           |
| <i>gabapentin 300 mg cap</i>                                                                                                     | 2            | QL (330 PER 30 DAYS)      |
| <i>gabapentin 400 mg cap</i>                                                                                                     | 2            | QL (270 PER 30 DAYS)      |
| <i>gabapentin 600 mg tab</i>                                                                                                     | 2            | QL (180 PER 30 DAYS)      |
| <i>gabapentin 800 mg tab</i>                                                                                                     | 2            | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| <i>lacosamide (10 mg/ml, 50 mg/5ml, 100 mg/10ml)</i>                                                                             | 4            | QL (1200 PER 30 DAYS)     |
| <i>lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>                                                                | 2            | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| LAMICTAL ODT 100 MG TAB DISP                                                                                                     | 4            | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| LAMICTAL ODT 200 MG TAB DISP                                                                                                     | 4            | QL (90 PER 30 DAYS)       |
| <i>lamotrigine (25 mg tab disp, 50 mg tab disp, 100 mg tab disp, 200 mg tab disp)</i>                                            | 3            |                           |
| <i>lamotrigine (5 mg chew tab, 25 mg chew tab, 25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>                                | 2            |                           |
| <i>lamotrigine 21 x 25 mg &amp; 7 x 50 mg kit</i>                                                                                | 4            | QL (28 PER 180 OVER TIME) |
| <i>lamotrigine 25 &amp; 50 &amp; 100 mg kit</i>                                                                                  | 4            | QL (70 PER 365 OVER TIME) |
| <i>lamotrigine 42 x 50 mg &amp; 14x100 mg kit</i>                                                                                | 4            | QL (56 PER 365 OVER TIME) |
| <i>lamotrigine er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er, er 250 mg tab er, er 300 mg tab er)</i> | 3            |                           |
| <i>lamotrigine odt (odt 25 mg tab disp, odt 50 mg tab disp, odt 100 mg tab disp, odt 200 mg tab disp)</i>                        | 3            |                           |
| <i>lamotrigine starter kit-blue 35 x 25 mg</i>                                                                                   | 4            |                           |
| <i>lamotrigine starter kit-green 84 x 25 mg &amp; 14x100 mg</i>                                                                  | 4            |                           |
| <i>lamotrigine starter kit-orange 42 x 25 mg &amp; 7 x 100 mg</i>                                                                | 4            |                           |
| <i>levetiracetam (100 mg/ml, 500 mg/5ml)</i>                                                                                     | 3            | QL (900 PER 30 DAYS)      |
| <i>levetiracetam (750 mg tab, 1000 mg tab)</i>                                                                                   | 2            | QL (120 PER 30 DAYS)      |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>levetiracetam 250 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2            | QL (480 PER 30 DAYS)      |
| <i>levetiracetam 500 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2            | QL (240 PER 30 DAYS)      |
| <i>levetiracetam er (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 3            | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| <i>methsuximide 300 mg cap</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 4            | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| <b>NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 4            | QL (10 PER 30 OVER TIME)  |
| <i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2            |                           |
| <i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3            |                           |
| <i>oxcarbazepine er 150 mg tab 24h</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 4            | ST, QL (480 PER 30 DAYS)  |
| <i>oxcarbazepine er 300 mg tab 24h</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 4            | ST, QL (240 PER 30 DAYS)  |
| <i>oxcarbazepine er 600 mg tab 24h</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 4            | ST, QL (120 PER 30 DAYS)  |
| <i>perampanel (2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab, 10 mg tab, 12 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 4            | ST, QL (30 PER 30 DAYS)   |
| <i>perampanel 0.5 mg/ml suspension</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 5            | ST, QL (720 PER 30 DAYS)  |
| <i>phenobarbital (phenobarbital 15 mg tab, phenobarbital 97.2 mg tab, phenobarbital 60 mg/15ml elixir, phenobarbital 64.8 mg tab, phenobarbital 16.2 mg tab, phenobarbital 20 mg/5ml elixir, phenobarbital 30 mg tab, phenobarbital 32.4 mg tab, phenobarbital 60 mg tab, phenobarbital 64.8 mg tab, phenobarbital 100 mg tab, phenobarbital 15 mg tab, phenobarbital 16.2 mg tab, phenobarbital 20 mg/5ml elixir, phenobarbital 30 mg tab, phenobarbital 30 mg/7.5ml elixir, phenobarbital 32.4 mg tab, phenobarbital 60 mg tab, phenobarbital 97.2 mg tab, phenobarbital 100 mg tab)</i> | 2            |                           |
| <i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2            |                           |
| <i>phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2            |                           |
| <i>phenytoin 50 mg chew tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2            |                           |
| <i>phenytoin infatabs infas 50 mg chew</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2            |                           |
| <i>phenytoin sodium extended 100 mg cap</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2            |                           |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                 | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>pregabalin (20 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i> | 2            |                           |
| <i>primidone (primidone 50 mg tab, primidone 125 mg tab, primidone 250 mg tab)</i>                                                 | 2            |                           |
| <i>rufinamide 200 mg tab</i>                                                                                                       | 4            | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| <i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>                                                                                              | 5            | QL (2400 PER 30 DAYS)     |
| <i>rufinamide 400 mg tab</i>                                                                                                       | 5            | QL (240 PER 30 DAYS)      |
| SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)                                                                                                   | 4            | ST, QL (180 PER 30 DAYS)  |
| SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION                                                                                                      | 5            | ST, QL (1500 PER 30 DAYS) |
| SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM)                                                                                                  | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)   |
| SYMPAZAN 5 MG FILM                                                                                                                 | 4            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)   |
| <i>tiagabine hcl (tiagabine hcl 12 mg tab, tiagabine hcl 12 mg tab)</i>                                                            | 4            | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| <i>tiagabine hcl (tiagabine hcl 16 mg tab, tiagabine hcl 16 mg tab)</i>                                                            | 4            | QL (90 PER 30 DAYS)       |
| <i>tiagabine hcl 2 mg tab</i>                                                                                                      | 4            | QL (840 PER 30 DAYS)      |
| <i>tiagabine hcl 4 mg tab</i>                                                                                                      | 4            | QL (420 PER 30 DAYS)      |
| <i>topiramate (15 mg cap, 25 mg cap)</i>                                                                                           | 2            |                           |
| <i>topiramate (25 mg/ml solution, 50 mg cap sprinkle)</i>                                                                          | 4            |                           |
| <i>topiramate 100 mg tab</i>                                                                                                       | 2            | QL (180 PER 30 DAYS)      |
| <i>topiramate 200 mg tab</i>                                                                                                       | 2            | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| <i>topiramate 25 mg tab</i>                                                                                                        | 2            | QL (720 PER 30 DAYS)      |
| <i>topiramate 50 mg tab</i>                                                                                                        | 2            | QL (360 PER 30 DAYS)      |
| <i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>                                                       | 2            |                           |
| VALTOCO 10 MG DOSE /0.1ML LIQUID                                                                                                   | 4            | QL (10 PER 30 OVER TIME)  |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                    | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------|
| VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 /0.1ML LIQD THPK                                    | 4     | QL (10 PER 30 OVER TIME)          |
| VALTOCO 20 MG DOSE 0 X 10 /0.1ML LIQD THPK                                     | 4     | QL (10 PER 30 OVER TIME)          |
| VALTOCO 5 MG DOSE /0.1ML LIQUID                                                | 4     | QL (10 PER 30 OVER TIME)          |
| <i>vigabatrin 500 mg packet</i>                                                | 5     | PA, QL (9000 PER 30 DAYS)         |
| <i>vigabatrin 500 mg tab</i>                                                   | 5     | PA, QL (180 PER 30 DAYS)          |
| <i>vigadrone 500 mg packet</i>                                                 | 5     | PA, QL (180 PER 30 DAYS)          |
| VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION                                                    | 5     | PA, LA, QL (750 PER 30 OVER TIME) |
| XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)              | 5     | ST, QL (60 PER 30 DAYS)           |
| XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 TAB THPK                                  | 5     | ST, QL (56 PER 28 DAYS)           |
| XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 TAB THPK                                  | 5     | ST, QL (56 PER 28 DAYS)           |
| XCOPRI (COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK) | 5     | ST, QL (28 PER 28 DAYS)           |
| XCOPRI COPRI 14 12.5 MG & 14 25 MG TAB THPK                                    | 4     | ST, QL (28 PER 28 DAYS)           |
| ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION                                                 | 5     | PA                                |
| <i>zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>                           | 2     |                                   |
| ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION                                                     | 5     | PA, LA, QL (1080 PER 30 DAYS)     |

## ANTIDEMENTIA AGENTS

|                                                                                      |   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| <i>donepezil hcl (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 23 mg tab)</i> | 2 |  |
| <i>galantamine hydrobromide (4 mg tab, 8 mg tab, 12 mg tab)</i>                      | 2 |  |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                 | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------|
| GALANTAMINE HYDROBROMIDE 4 MG/ML SOLUTION                                                   | 3     |                     |
| <i>galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er, er 16 mg cap er, er 24 mg cap er)</i>       | 3     |                     |
| LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) 2 X 250 /1.25ML SOLN A-INJ                                      | 5     | PA                  |
| LEQEMBI IQLIK 360 MG/1.8ML SOLN A-INJ                                                       | 5     | PA                  |
| <i>memantine hcl (2 mg/ml, 10 mg/5ml)</i>                                                   | 3     |                     |
| <i>memantine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                  | 2     | QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>memantine hcl er (er 7 mg cap er, er 14 mg cap er, er 21 mg cap er, er 28 mg cap er)</i> | 2     | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>rivastigmine (4.6 mg/patch, 9.5 mg/patch, 13.3 mg/patch)</i>                             | 3     |                     |
| <i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>                   | 2     |                     |

## ANTIDEPRESSANTS

|                                                                                               |   |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------|
| <i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i> | 2 |                         |
| <i>amoxapine (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>                               | 2 |                         |
| APLENZIN (174 MG TAB ER 24H, 348 MG TAB ER 24H, 522 MG TAB ER 24H)                            | 4 | ST, QL (30 PER 30 DAYS) |
| AUVELITY 45-105 MG TAB ER                                                                     | 5 | ST, QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>bupropion hcl (75 mg tab, 100 mg tab)</i>                                                  | 2 |                         |
| <i>bupropion hcl er (sr) (er 100 mg tab er, er 150 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>           | 2 |                         |
| <i>bupropion hcl er (xl) (er 150 mg tab er, er 300 mg tab er)</i>                             | 2 |                         |
| BUPROPION HCL ER (XL) 450 MG TAB 24H                                                          | 4 | ST                      |
| <i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                              | 1 |                         |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                      | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>citalopram hydrobromide (10 mg/5ml, 20 mg/10ml)</i>                                                                                                                                  | 2            |                           |
| <i>citalopram hydrobromide (citalopram hydrobromide 30 mg cap, citalopram hydrobromide 30 mg cap)</i>                                                                                   | 3            |                           |
| <i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>                                                                                                                               | 3            |                           |
| <i>desipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>                                                                                             | 2            |                           |
| <b>DESVENLAFAXINE ER (ER 50 MG TAB ER 24H, ER 100 MG TAB ER 24H)</b>                                                                                                                    | 2            |                           |
| <i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er)</i>                                                                                                 | 2            |                           |
| <i>doxepin hcl (doxepin hcl 10 mg/ml conc, doxepin hcl 10 mg/ml conc)</i>                                                                                                               | 2            |                           |
| <i>doxepin hcl (doxepin hcl 150 mg cap, doxepin hcl 10 mg cap, doxepin hcl 25 mg cap, doxepin hcl 50 mg cap, doxepin hcl 75 mg cap, doxepin hcl 100 mg cap, doxepin hcl 150 mg cap)</i> | 2            |                           |
| <b>DRIZALMA SPRINKLE (20 MG CAP DR, 30 MG CAP DR, 40 MG CAP DR, 60 MG CAP DR)</b>                                                                                                       | 4            | ST, QL (60 PER 30 DAYS)   |
| <i>duloxetine hcl (20 mg dr, 30 mg dr, 60 mg dr)</i>                                                                                                                                    | 2            |                           |
| <b>DULOXETINE HCL (80 MG CP DR PART, 90 MG CP DR PART, 120 MG CP DR PART)</b>                                                                                                           | 4            |                           |
| <i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>                                                                                                                                                  | 2            | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| <b>EMSAM (6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR)</b>                                                                                                        | 5            | ST, QL (30 PER 30 DAYS)   |
| <i>escitalopram oxalate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                                                                                            | 1            |                           |
| <i>escitalopram oxalate (escitalopram oxalate 5 mg/5ml solution, escitalopram oxalate 10 mg/10ml solution, escitalopram oxalate 15 mg cap)</i>                                          | 2            |                           |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                    | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------|
| EXXUA (36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)                                                             | 5     | ST, QL (30 PER 30 DAYS)       |
| EXXUA 18.2 MG TAB ER 24H                                                                                                       | 5     | ST, QL (60 PER 30 DAYS)       |
| EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H                                                                                        | 5     | ST, QL (32 PER 180 OVER TIME) |
| FETZIMA (20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H, 120 MG CAP ER 24H)                                              | 4     | ST, QL (30 PER 30 DAYS)       |
| FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK                                                                                         | 4     | ST, QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>                                                                        | 1     |                               |
| <i>fluoxetine hcl (fluoxetine hcl 10 mg tab, fluoxetine hcl 20 mg tab, fluoxetine hcl 60 mg tab, fluoxetine hcl 60 mg tab)</i> | 3     |                               |
| FLUOXETINE HCL (PMDD) (10 MG TAB, 20 MG TAB)                                                                                   | 3     |                               |
| <i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>                                                                                       | 2     |                               |
| FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR                                                                                                    | 3     | QL (4 PER 28 OVER TIME)       |
| <i>fluvoxamine maleate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                                                                  | 2     |                               |
| <i>fluvoxamine maleate er (er 100 mg cap er, er 150 mg cap er)</i>                                                             | 3     |                               |
| <i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                                        | 2     |                               |
| <i>imipramine pamoate (75 mg cap, 100 mg cap, 125 mg cap, 150 mg cap)</i>                                                      | 2     |                               |
| MARPLAN 10 MG TAB                                                                                                              | 4     |                               |
| <i>mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab disp)</i>                                                            | 2     | QL (30 PER 30 DAYS)           |
| <i>mirtazapine (7.5 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>                                                               | 2     |                               |
| NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)                                                     | 3     |                               |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                          | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|
| <i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>            | 2     |                         |
| <i>olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg cap, 6-25 mg cap, 6-50 mg cap, 12-25 mg cap, 12-50 mg cap)</i> | 4     |                         |
| <i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>                                   | 2     |                         |
| PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION                                                                  | 2     | QL (900 PER 30 DAYS)    |
| <i>paroxetine hcl er (er 12.5 mg tab er, er 37.5 mg tab er)</i>                                      | 2     | QL (30 PER 30 DAYS)     |
| <i>paroxetine hcl er 25 mg tab 24h</i>                                                               | 2     | QL (90 PER 30 DAYS)     |
| PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)         | 4     |                         |
| PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB                                                                         | 2     |                         |
| <i>protriptyline hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                       | 4     | ST                      |
| RALDESY 10 MG/ML SOLUTION                                                                            | 4     | ST                      |
| <i>sertraline hcl (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                                             | 1     |                         |
| <i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>                                                                  | 2     | QL (300 PER 30 DAYS)    |
| <i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>                                                             | 3     |                         |
| TRAZODONE HCL (25 MG TAB, 75 MG TAB)                                                                 | 2     |                         |
| <i>trazodone hcl (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i>                                 | 1     |                         |
| <i>trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>                                       | 4     | ST                      |
| TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)                                                          | 4     | ST, QL (30 PER 30 DAYS) |
| VENLAFAXINE BESYLATE ER 112.5 MG TAB 24H                                                             | 4     | ST                      |
| <i>venlafaxine hcl (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>                    | 2     |                         |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                      | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES      |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|
| <i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap er, er 75 mg cap er, er 150 mg cap er)</i> | 2     |                         |
| <i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                          | 3     |                         |
| ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP, 30 MG CAP)                                       | 5     | PA, QL (28 PER 14 DAYS) |

## ANTIEMETICS

|                                                                                                                           |   |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>aprepitant 125 mg cap</i>                                                                                              | 3 | QL (3 PER 30 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                                  |
| <i>aprepitant 40 mg cap</i>                                                                                               | 3 | QL (1 PER 30 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                                  |
| <i>aprepitant 80 &amp; 125 mg cap thpk</i>                                                                                | 3 | QL (9 PER 30 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                                  |
| <i>aprepitant 80 mg cap</i>                                                                                               | 3 | QL (6 PER 30 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                                  |
| <i>dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>                                                                       | 3 | PA, QL (60 PER 30 DAYS), (Route to BVSD with an AWD note.)                                       |
| <i>granisetron hcl 1 mg tab</i>                                                                                           | 3 | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                                                           |
| <i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                                  | 2 |                                                                                                  |
| <i>hydroxyzine pamoate (hydroxyzine pamoate 50 mg cap, hydroxyzine pamoate 100 mg cap, hydroxyzine pamoate 25 mg cap)</i> | 2 |                                                                                                  |
| <i>metoclopramide hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                                           | 2 |                                                                                                  |
| <i>metoclopramide hcl (5 mg/5ml, 10 mg/10ml)</i>                                                                          | 3 |                                                                                                  |
| <i>ondansetron 4 mg tab disp</i>                                                                                          | 2 | QL (240 PER 30 DAYS), BVD, (Part B Home Infusion Benefit when billed with G0068, G0069 or G0070) |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                               | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>ondansetron 8 mg tab disp</i>                                                                                 | 2            | QL (240 PER 30 DAYS), BVD,<br>(Route to BVSD with an AWD<br>note.)                                        |
| <i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>                                                                                  | 2            | QL (240 PER 30 DAYS), BVD,<br>(Route to BVSD with an AWD<br>note.)                                        |
| <i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>                                                                         | 2            | BVD, (Route to BVSD with an<br>AWD note.)                                                                 |
| <i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>                                                                                  | 2            | QL (240 PER 30 DAYS), BVD,<br>(Part B Home Infusion Benefit<br>when billed with G0068, G0069 or<br>G0070) |
| <i>promethazine hcl (12.5 mg suppos, 25 mg<br/>suppos)</i>                                                       | 3            | (Route to BVSD with an AWD<br>note.)                                                                      |
| <i>promethazine hcl (6.25 mg/5ml solution, 12.5<br/>mg tab, 12.5 mg/10ml solution, 25 mg tab, 50<br/>mg tab)</i> | 2            | (Route to BVSD with an AWD<br>note.)                                                                      |
| PROMETHEGAN (PROMETHEGAN<br>50 MG SUPPOS, PROMETHEGAN 25<br>MG SUPPOS)                                           | 3            | (Route to BVSD with an AWD<br>note.)                                                                      |
| <i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>                                                                         | 3            | QL (10 PER 28 OVER TIME)                                                                                  |
| VARUBI (180 MG DOSE) 2 X 90 TAB<br>THPK                                                                          | 4            | QL (4 PER 28 OVER TIME), BVD,<br>(Route to BVSD with an AWD<br>note.)                                     |

## **ANTIFUNGALS**

|                                                     |   |                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AMPHOTERICIN B 50 MG RECON<br>SOLN                  | 4 | HI, (Part of Part C Home Infusion<br>Bundle-Will pay 100% under Part<br>B), (Excluded from Auto<br>Extension)                      |
| <i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>     | 4 | HI, (Part of Part C Home Infusion<br>Bundle-Will pay 100% under Part<br>B), (Excluded from Auto<br>Extension)                      |
| <i>caspofungin acetate (50 mg soln, 70 mg soln)</i> | 4 | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of<br>Part C Home Infusion Bundle-Will<br>pay 100% under Part B),<br>(Excluded from Auto Extension) |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                    | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution)</i>                                                                                                                         | 2            |                                                                                                                           |
| <i>clotrimazole 10 mg troche</i>                                                                                                                                      | 2            |                                                                                                                           |
| <i>clotrimazole-betamethasone (clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion)</i> | 3            |                                                                                                                           |
| <b>CRESEMBA (74.5 MG CAP, 186 MG CAP)</b>                                                                                                                             | 5            | PA, (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension)                                                     |
| <i>econazole nitrate 1 % cream</i>                                                                                                                                    | 3            |                                                                                                                           |
| <i>fluconazole (10 mg/ml, 40 mg/ml)</i>                                                                                                                               | 3            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>fluconazole (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>                                                                                                    | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>fluconazole in sodium chloride (in 200-0.9 mg/100ml-%, in 400-0.9 mg/200ml-%)</i>                                                                                  | 2            | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>                                                                                                                           | 5            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>                                                                                                     | 3            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>                                                                                                           | 3            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>itraconazole 10 mg/ml solution</i>                                                                                                                                 | 3            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>itraconazole 100 mg cap</i>                                                                                                                                        | 3            | QL (126 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                 |
| <i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo)</i>                                                                                                                          | 3            |                                                                                                                           |
| <i>ketoconazole 200 mg tab</i>                                                                                                                                        | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>                                                                                                                                 | 2            |                                                                                                                           |
| <i>miconazole sodium (50 mg soln, 100 mg soln)</i>                                                                                                                    | 2            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension)                                                    |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                               | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS                                                                | 4     |                                                                                                                                             |
| NOXAFIL 300 MG PACKET                                                                     | 5     | PA, QL (31 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                |
| <i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>                                                       | 2     |                                                                                                                                             |
| <i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment)</i>                           | 2     |                                                                                                                                             |
| <i>nystatin 100000 unit/gm powder</i>                                                     | 2     |                                                                                                                                             |
| <i>nystatin 100000 unit/ml suspension</i>                                                 | 2     | NM (Non-Mail Order)                                                                                                                         |
| <i>nystatin 500000 unit tab</i>                                                           | 2     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                         |
| <i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i> | 3     |                                                                                                                                             |
| <i>nystop 100000 unit/gm powder</i>                                                       | 2     |                                                                                                                                             |
| <i>oxiconazole nitrate 1 % cream</i>                                                      | 3     |                                                                                                                                             |
| <i>posaconazole 100 mg tab dr</i>                                                         | 5     | QL (240 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                                                                                        |
| <i>posaconazole 40 mg/ml suspension</i>                                                   | 5     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                                         |
| <i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>                                                         | 2     | QL (90 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                    |
| <i>terconazole (0.4 %, 0.8 %)</i>                                                         | 3     |                                                                                                                                             |
| <i>terconazole 80 mg suppos</i>                                                           | 3     |                                                                                                                                             |
| <i>voriconazole (voriconazole 200 mg recon soln, voriconazole 200 mg recon soln)</i>      | 3     | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)                   |
| <i>voriconazole 200 mg tab</i>                                                            | 3     | QL (90 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension)  |
| <i>voriconazole 40 mg/ml recon susp</i>                                                   | 3     | QL (450 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                   | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                                                                                          |
|-------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>voriconazole 50 mg tab</i> | 3     | QL (360 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |

## ANTIGOUT AGENTS

|                                             |   |                      |
|---------------------------------------------|---|----------------------|
| <i>allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)</i> | 1 |                      |
| <i>colchicine 0.6 mg tab</i>                | 3 | QL (120 PER 30 DAYS) |
| <i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i> | 3 |                      |
| <i>febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)</i>    | 2 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>probenecid 500 mg tab</i>                | 3 |                      |

## ANTIMIGRAINE AGENTS

|                                                                        |   |                                    |
|------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------|
| AJOVY 225 MG/1.5ML SOLN A-INJ                                          | 3 | QL (4.5 PER 84 OVER TIME)          |
| AJOVY 225 MG/1.5ML SOLN PRSYR                                          | 3 | QL (4.5 PER 84 OVER TIME)          |
| <i>diclofenac potassium(migraine) 50 mg packet</i>                     | 3 | ST, QL (9 PER 30 OVER TIME)        |
| <i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>                     | 3 | PA, (Excluded from Auto Extension) |
| <i>eletriptan hydrobromide 20 mg tab</i>                               | 2 | QL (9 PER 30 OVER TIME)            |
| <i>eletriptan hydrobromide 40 mg tab</i>                               | 2 | QL (9 PER 30 OVER TIME)            |
| EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)                  | 3 | QL (5 PER 84 OVER TIME)            |
| EMGALITY (300 MG DOSE) 100 /ML SOLN PRSYR                              | 3 | QL (3 PER 30 OVER TIME)            |
| <i>frovatriptan succinate 2.5 mg tab</i>                               | 4 | ST, QL (12 PER 30 OVER TIME)       |
| <i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>                          | 3 | QL (9 PER 30 OVER TIME)            |
| NURTEC 75 MG TAB DISP                                                  | 3 | PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)        |
| <i>rizatriptan benzoate (5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)</i> | 2 | QL (18 PER 30 OVER TIME)           |
| <i>rizatriptan benzoate 5 mg tab</i>                                   | 2 | QL (18 PER 30 OVER TIME)           |
| <i>sumatriptan (5 mg/act, 20 mg/act)</i>                               | 3 | ST, QL (12 PER 30 OVER TIME)       |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                         | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>   |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|
| <i>sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>            | 2            | QL (9 PER 30 OVER TIME)     |
| <i>sumatriptan succinate (6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)</i>  | 3            | QL (4 PER 30 OVER TIME)     |
| <i>zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i> | 3            | QL (9 PER 30 OVER TIME)     |
| <i>zolmitriptan 5 mg solution</i>                                          | 4            | ST, QL (8 PER 30 OVER TIME) |

## **ANTIMYCOBACTERIALS**

|                                                |   |                                                                                                                           |
|------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)</i>         | 3 | (Excluded from Auto Extension)                                                                                            |
| <i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i> | 2 | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab)</i>      | 2 | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <b>PRETOMANID 200 MG TAB</b>                   | 3 | PA, QL (30 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                                                                   |
| <i>pyrazinamide 500 mg tab</i>                 | 2 | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>rifabutin 150 mg cap</i>                    | 2 | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>       | 3 | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                       |
| <i>rifampin 600 mg recon soln</i>              | 3 | HI, NM (Non-Mail Order), (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>rifapentine 150 mg tab</i>                  | 4 | QL (32 PER 28 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                  |
| <b>SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)</b>         | 5 | PA, NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                                   |

## **ANTINEOPLASTICS**

|                                       |   |                      |
|---------------------------------------|---|----------------------|
| <i>abiraterone acetate 250 mg tab</i> | 3 | QL (120 PER 30 DAYS) |
|---------------------------------------|---|----------------------|

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                 | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                      |
|--------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------|
| <i>abirtega 250 mg tab</i>                                         | 3            | QL (120 PER 30 DAYS)                                           |
| ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION                                   | 5            | PA, (Route to BVSD with an AWD note.)                          |
| AKEEGA (50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB)                             | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                        |
| ALECENSA 150 MG CAP                                                | 5            | PA, QL (240 PER 30 DAYS)                                       |
| ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)                                   | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                        |
| ALUNBRIG 30 MG TAB                                                 | 5            | PA, QL (180 PER 30 DAYS)                                       |
| ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK                                      | 5            | PA, QL (30 PER 180 OVER TIME)                                  |
| <i>anastrozole 1 mg tab</i>                                        | 2            | QL (30 PER 30 DAYS)                                            |
| AUGTYRO 160 MG CAP                                                 | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                        |
| AUGTYRO 40 MG CAP                                                  | 5            | PA, QL (240 PER 30 DAYS)                                       |
| AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER                         | 5            | PA, QL (66 PER 28 OVER TIME)                                   |
| AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB) | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                        |
| BALVERSA (3 MG TAB, 4 MG TAB, 5 MG TAB)                            | 5            | PA, QL (84 PER 28 DAYS)                                        |
| BEQALZI (1 MG TAB, 5 MG TAB)                                       | 5            | PA, QL (11 PER 7 DAYS)                                         |
| BEQALZI 20 MG TAB                                                  | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                        |
| BEQALZI 80 MG TAB                                                  | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)                                       |
| BEQALZI STARTER PACK 1 & 5 & 20 & 80 MG TAB THPK                   | 5            | PA, QL (44 PER 180 OVER TIME)                                  |
| BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR                                      | 5            | PA, QL (2 PER 28 OVER TIME), (Route to BVSD with an AWD note.) |
| BESREMI PEN 500 MCG/0.5ML SOLN                                     | 5            | PA, QL (2 PER 28 OVER TIME), (Route to BVSD with an AWD note.) |
| <i>bexarotene 1 % gel</i>                                          | 5            | PA                                                             |
| <i>bexarotene 75 mg cap</i>                                        | 5            | PA                                                             |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                            | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------|
| <i>bicalutamide 50 mg tab</i>                                                                                                                                 | 2            | QL (30 PER 30 DAYS)                    |
| BOSULIF (100 MG CAP, 100 MG TAB)                                                                                                                              | 5            | PA, QL (180 PER 30 DAYS)               |
| BOSULIF 50 MG CAP                                                                                                                                             | 5            | PA, QL (210 PER 30 DAYS)               |
| BOSULIF 500 MG TAB                                                                                                                                            | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                |
| <i>bosutinib 400 mg tab</i>                                                                                                                                   | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                |
| BRAFTOVI 75 MG CAP                                                                                                                                            | 5            | PA, QL (180 PER 30 DAYS)               |
| BRUKINSA 160 MG TAB                                                                                                                                           | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                |
| CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)                                                                                                                   | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                |
| CALQUENCE 100 MG TAB                                                                                                                                          | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                |
| CAPRELSA (100 MG TAB, 300 MG TAB)                                                                                                                             | 5            | PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)            |
| COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 KIT                                                                                                                      | 5            | PA                                     |
| COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 & 80 KIT                                                                                                                  | 5            | PA                                     |
| COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 KIT                                                                                                                            | 5            | PA                                     |
| COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)                                                                                                                               | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                |
| COTELLIC 20 MG TAB                                                                                                                                            | 5            | PA, LA, QL (63 PER 28 DAYS)            |
| CYCLOPHOSPHAMIDE (CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TAB, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TAB) | 2            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| DANZITEN (71 MG TAB, 95 MG TAB)                                                                                                                               | 5            | PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)           |
| <i>dasatinib (50 mg tab, 70 mg tab, 80 mg tab, 100 mg tab, 140 mg tab)</i>                                                                                    | 4            | QL (30 PER 30 DAYS)                    |
| <i>dasatinib 20 mg tab</i>                                                                                                                                    | 4            | QL (90 PER 30 DAYS)                    |
| DAURISMO 100 MG TAB                                                                                                                                           | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                |
| DAURISMO 25 MG TAB                                                                                                                                            | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)                |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                              | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                           |
|-----------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------|
| ELIGARD (7.5 MG KIT, 22.5 MG KIT, 30 MG KIT)                    | 4            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                              |
| ELIGARD 45 MG KIT                                               | 5            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                              |
| ENSACOVE (25 MG CAP, 100 MG CAP)                                | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                             |
| ERIVEDGE 150 MG CAP                                             | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                             |
| ERLEADA 240 MG TAB                                              | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                             |
| ERLEADA 60 MG TAB                                               | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)                                            |
| <i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>                   | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                             |
| <i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>                                  | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                             |
| ETCAMAH 75 MG TAB                                               | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                             |
| EULEXIN 125 MG CAP                                              | 5            | PA, QL (180 PER 30 DAYS)                                            |
| <i>everolimus (2 mg tab, 3 mg tab, 5 mg tab)</i>                | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                             |
| <i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i> | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                             |
| <i>exemestane 25 mg tab</i>                                     | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)                                                 |
| FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 /VIAL RECON SOLN                     | 5            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                              |
| FIRMAGON 80 MG RECON SOLN                                       | 4            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                              |
| FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)                              | 5            | PA, QL (21 PER 28 OVER TIME)                                        |
| FRUZAQLA 1 MG CAP                                               | 5            | PA, QL (84 PER 28 DAYS)                                             |
| FRUZAQLA 5 MG CAP                                               | 5            | PA, QL (21 PER 28 DAYS)                                             |
| GAVRETO 100 MG CAP                                              | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS),<br>(Available from Biologics by McKesson) |
| <i>gefitinib 250 mg tab</i>                                     | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                             |
| GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)                      | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                             |
| GOMEKLI (1 MG CAP, 1 MG TAB SOL)                                | 5            | PA, QL (240 PER 30 DAYS)                                            |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                            | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                          |
|---------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------|
| GOMEKLI 2 MG CAP                                              | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)                                           |
| HERNEXEOS 60 MG TAB                                           | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)                                            |
| <i>hydroxyurea 500 mg cap</i>                                 | 2            |                                                                    |
| HYRNUO 10 MG TAB                                              | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)                                           |
| IBRANCE (75 MG TAB, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB)       | 5            | PA, QL (21 PER 28 OVER TIME)                                       |
| IBTROZI 200 MG CAP                                            | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)                                            |
| ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)          | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                            |
| IDHIFA (50 MG TAB, 100 MG TAB)                                | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                            |
| <i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>                           | 3            | QL (90 PER 30 DAYS)                                                |
| <i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>                           | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)                                                |
| IMBRUVICA (70 MG CAP, 140 MG TAB, 280 MG TAB, 420 MG TAB)     | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                            |
| IMBRUVICA 140 MG CAP                                          | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)                                           |
| IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION                                 | 5            | PA, QL (216 PER 30 DAYS)                                           |
| IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION                                     | 5            | PA, QL (300 PER 30 DAYS)                                           |
| INLURIYO 200 MG TAB                                           | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS),<br>(Available from Biologics by McKesson) |
| INLYTA 1 MG TAB                                               | 5            | PA, QL (600 PER 30 DAYS)                                           |
| INLYTA 5 MG TAB                                               | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)                                           |
| INQOVI 35-100 MG TAB                                          | 5            | PA, QL (5 PER 28 OVER TIME)                                        |
| INREBIC 100 MG CAP                                            | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)                                           |
| ITOVEBI 3 MG TAB                                              | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                            |
| ITOVEBI 9 MG TAB                                              | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                            |
| IWILFIN 192 MG TAB                                            | 5            | PA, QL (240 PER 30 DAYS)                                           |
| JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB) | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                            |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                          | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| JAKAFI XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H, 33 MG TAB ER 24H, 44 MG TAB ER 24H, 55 MG TAB ER 24H) | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                                                                    |
| JAYPIRCA 100 MG TAB                                                                                  | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                                                                    |
| JAYPIRCA 50 MG TAB                                                                                   | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                                                                    |
| JIDEYTRO 100 MG TAB                                                                                  | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                                                                    |
| JIDEYTRO 25 MG TAB                                                                                   | 5     | PA, QL (90 PER 30 DAYS)                                                                                    |
| KISQALI (200 MG DOSE) (TAB THPK                                                                      | 5     | PA, QL (63 PER 28 DAYS)                                                                                    |
| KISQALI (400 MG DOSE) 200 TAB THPK                                                                   | 5     | PA, QL (63 PER 28 DAYS)                                                                                    |
| KISQALI (600 MG DOSE) 200 TAB THPK                                                                   | 5     | PA, QL (63 PER 28 DAYS)                                                                                    |
| KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) (& 2.5 TAB THPK                                                         | 5     | PA, QL (49 PER 28 DAYS)                                                                                    |
| KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK                                                      | 5     | PA, QL (70 PER 28 DAYS)                                                                                    |
| KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK                                                      | 5     | PA, QL (91 PER 28 DAYS)                                                                                    |
| KOMZIFTI 200 MG CAP                                                                                  | 5     | PA, QL (90 PER 30 DAYS)                                                                                    |
| KOSELUGO (10 MG CAP, 25 MG CAP)                                                                      | 5     | PA, QL (120 PER 30 DAYS)                                                                                   |
| KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK                                                                             | 5     | PA, QL (600 PER 30 DAYS)                                                                                   |
| KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK                                                                           | 5     | PA, QL (360 PER 30 DAYS)                                                                                   |
| KRAZATI 200 MG TAB                                                                                   | 5     | PA, QL (180 PER 30 DAYS)                                                                                   |
| <i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>                                                               | 5     | PA, QL (180 PER 30 DAYS)                                                                                   |
| LAZCLUZE 240 MG TAB                                                                                  | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                                                                    |
| LAZCLUZE 80 MG TAB                                                                                   | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                                                                    |
| LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB                                                                          | 3     |                                                                                                            |
| <i>lenalidomide (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap)</i>               | 5     | PA, LA, QL (28 PER 28 DAYS),<br>(Available from U of U, St. Lukes,<br>Utah Cancer, Walgreens<br>Specialty) |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                    | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>         |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------|
| LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) CAP THPK                                   | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)           |
| LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 CAP THPK                             | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)           |
| LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) (110 & CAP THPK                            | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)           |
| LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 & 2 X 4 CAP THPK                        | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)           |
| LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) (0 X 10 CAP THPK                           | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)           |
| LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) (X 10 & CAP THPK                           | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)           |
| LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) (CAP THPK                                   | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)           |
| LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 CAP THPK                              | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)           |
| <i>letrozole 2.5 mg tab</i>                                           | 2            | QL (30 PER 30 DAYS)               |
| <i>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)</i> | 3            | (Route to BVSD with an AWD note.) |
| LEUKERAN 2 MG TAB                                                     | 5            | PA                                |
| <i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>                              | 4            | (Route to BVSD with an AWD note.) |
| LIFYORLI (125 MG DOSE) (X & X 00 CAP THPK                             | 5            | PA, QL (18 PER 28 OVER TIME)      |
| LIFYORLI (150 MG DOSE) (50 2 X 25 & X 00 CAP THPK                     | 5            | PA, QL (28 PER 28 OVER TIME)      |
| <i>lomustine (40 mg cap, 100 mg cap)</i>                              | 5            | PA                                |
| <i>lomustine 10 mg cap</i>                                            | 4            | PA                                |
| LONSURF (15-6.14 MG TAB, 20-8.19 MG TAB)                              | 5            | PA, QL (80 PER 28 DAYS)           |
| LORBRENA 100 MG TAB                                                   | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)           |
| LORBRENA 25 MG TAB                                                    | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)           |
| LUMAKRAS 120 MG TAB                                                   | 5            | PA, QL (240 PER 30 DAYS)          |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                             | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------|
| LUMAKRAS 240 MG TAB                                                                            | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)               |
| LUMAKRAS 320 MG TAB                                                                            | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)                |
| LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)                                               | 5            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)                                             | 5            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT                                                               | 5            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT                                                               | 5            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| LUTRATE DEPOT 22.5 MG INJECTABLE                                                               | 4            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)                                                              | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)               |
| LYSODREN 500 MG TAB                                                                            | 5            |                                        |
| LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK                                                          | 5            | PA, QL (150 PER 30 DAYS)               |
| LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK                                                          | 5            | PA, QL (150 PER 30 DAYS)               |
| LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK                                                          | 5            | PA, QL (150 PER 30 DAYS)               |
| MATULANE 50 MG CAP                                                                             | 5            |                                        |
| <i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab)</i>                                                | 2            |                                        |
| <i>megestrol acetate (40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i> | 2            |                                        |
| MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN                                                                 | 5            | PA, QL (1200 PER 30 DAYS)              |
| MEKINIST 0.5 MG TAB                                                                            | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)                |
| MEKINIST 2 MG TAB                                                                              | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                |
| MEKTOVI 15 MG TAB                                                                              | 5            | PA, QL (180 PER 30 DAYS)               |
| <i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i>                                                 | 5            | PA, QL (300 PER 30 DAYS)               |
| <i>mercaptopurine 50 mg tab</i>                                                                | 2            |                                        |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------|
| <i>mesna 400 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                | 4            |                                        |
| <i>methotrexate sodium (pf) (methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution, methotrexate sodium (pf) 250 mg/10ml solution, methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 1000 mg/40ml solution)</i> | 2            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| <i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                  | 2            | (Route to BVSD with an AWD note.)      |
| METHOTREXATE SODIUM 250 MG/10ML SOLUTION                                                                                                                                                                                                                               | 2            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| METHOTREXATE SODIUM 50 MG/2ML SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                 | 2            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| MIMRYLO (9.5 MG RECON SOLN, 19 MG RECON SOLN, 28 MG RECON SOLN, 41 MG RECON SOLN, 54 MG RECON SOLN)                                                                                                                                                                    | 5            | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)            |
| MODEYSO 125 MG CAP                                                                                                                                                                                                                                                     | 5            | PA, LA, QL (20 PER 28 OVER TIME)       |
| NERLYNX 40 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                      | 5            | PA, QL (180 PER 30 DAYS)               |
| <i>nilotinib hcl (50 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap)</i>                                                                                                                                                                                                               | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)               |
| <i>nilutamide (nilutamide 150 mg tab, nilutamide 150 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                       | 5            |                                        |
| NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)                                                                                                                                                                                                                               | 5            | PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)            |
| NUBEQA 300 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                      | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)               |
| ODOMZO 200 MG CAP                                                                                                                                                                                                                                                      | 5            | PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)            |
| OGSIVEO (100 MG TAB, 150 MG TAB)                                                                                                                                                                                                                                       | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                |
| OJEMDA 100 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                      | 5            | PA, QL (24 PER 28 OVER TIME)           |
| OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP                                                                                                                                                                                                                                             | 5            | PA, QL (96 PER 28 OVER TIME)           |
| OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)                                                                                                                                                                                                                           | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                |
| ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)                                                                                                                                                                                                                                        | 5            | PA, QL (14 PER 28 OVER TIME)           |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                           | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                                                    |
|--------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ORGOVYX 120 MG TAB                                           | 5            | PA, QL (32 PER 30 DAYS)                                                                      |
| ORSERDU 345 MG TAB                                           | 5            | PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)                                                                  |
| ORSERDU 86 MG TAB                                            | 5            | PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)                                                                  |
| PANRETIN 0.1 % GEL                                           | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                                                      |
| <i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>                              | 5            | PA                                                                                           |
| PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB)                 | 5            | PA, LA                                                                                       |
| PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) (TAB THPK                         | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                                                      |
| PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & TAB THPK                    | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                                                      |
| PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 TAB THPK                  | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                                                      |
| <i>pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)</i> | 5            | PA, QL (21 PER 28 DAYS)                                                                      |
| POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)            | 5            | PA, QL (21 PER 28 OVER TIME)                                                                 |
| QINLOCK 50 MG TAB                                            | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)                                                                      |
| RASONQUE 100 MG TAB                                          | 5            | PA, QL (90 TAB PER 30 DAYS),<br>(Available from Biologics by McKesson and Onco360 Specialty) |
| RASONQUE 150 MG TAB                                          | 5            | PA, QL (60 TAB PER 30 DAYS),<br>(Available from Biologics by McKesson and Onco360 Specialty) |
| RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB)                             | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                                                      |
| RETEVMO 40 MG TAB                                            | 5            | PA, QL (180 PER 30 DAYS)                                                                     |
| RETEVMO 80 MG TAB                                            | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)                                                                     |
| REVUFORJ 110 MG TAB                                          | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)                                                                     |
| REVUFORJ 160 MG TAB                                          | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                                                      |
| REVUFORJ 25 MG TAB                                           | 5            | PA, QL (240 PER 30 DAYS)                                                                     |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                    | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>   |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|
| REZLIDHIA 150 MG CAP                                                  | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)     |
| ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)                            | 5            | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME) |
| ROZLYTREK 100 MG CAP                                                  | 5            | PA, QL (150 PER 30 DAYS)    |
| ROZLYTREK 200 MG CAP                                                  | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)     |
| ROZLYTREK 50 MG PACKET                                                | 5            | PA, QL (360 PER 30 DAYS)    |
| RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)                          | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)    |
| RYDAPT 25 MG CAP                                                      | 5            | PA, QL (240 PER 30 DAYS)    |
| SCSEMBLIX 100 MG TAB                                                  | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)    |
| SCSEMBLIX 20 MG TAB                                                   | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)     |
| SCSEMBLIX 40 MG TAB                                                   | 5            | PA, QL (300 PER 30 DAYS)    |
| SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION                                           | 4            |                             |
| <i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>                                  | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)    |
| STIVARGA 40 MG TAB                                                    | 5            | PA, QL (84 PER 21 DAYS)     |
| <i>sunitinib malate (25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>           | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)     |
| <i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>                                   | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)     |
| TABLOID LOID 40 MG                                                    | 5            | PA                          |
| TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)                                     | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)    |
| TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)                                       | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)    |
| TAFINLAR 10 MG TAB SOL                                                | 5            | PA, QL (900 PER 30 DAYS)    |
| TAGRISSE (40 MG TAB, 80 MG TAB)                                       | 5            | PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS) |
| TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP) | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)     |
| TALZENNA 0.25 MG CAP                                                  | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)     |
| <i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                       | 2            |                             |
| TEPMETKO 225 MG TAB                                                   | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)     |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                             | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>              |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------|
| THALOMID 100 MG CAP                                                            | 5            | QL (120 PER 30 DAYS)                   |
| THALOMID 50 MG CAP                                                             | 5            | QL (240 PER 30 DAYS)                   |
| TIBSOVO 250 MG TAB                                                             | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                |
| <i>toremifene citrate 60 mg tab</i>                                            | 4            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                |
| <i>torpenz (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>                   | 5            | PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)            |
| TRELSTAR MIXJECT (3.75 MG RECON SUSP, 11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP) | 4            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| <i>tretinoin 10 mg cap</i>                                                     | 5            | QL (360 PER 30 DAYS)                   |
| TREXALL (5 MG TAB, 7.5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB)                           | 3            | (Route to BVSD with an AWD note.)      |
| TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)              | 5            | PA, QL (64 PER 28 OVER TIME)           |
| TUKYSA (50 MG TAB, 150 MG TAB)                                                 | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)               |
| TURALIO 125 MG CAP                                                             | 5            | PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)           |
| VANFLYTA 17.7 MG TAB                                                           | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                |
| VANFLYTA 26.5 MG TAB                                                           | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                |
| VENCLEXTA 10 MG TAB                                                            | 4            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)               |
| VENCLEXTA 100 MG TAB                                                           | 5            | PA, QL (240 PER 40 DAYS)               |
| VENCLEXTA 50 MG TAB                                                            | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)               |
| VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK                              | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)               |
| VEPPANU 100 MG TAB                                                             | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                |
| VEPPANU 200 MG TAB                                                             | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                |
| VERZENIO (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)                       | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                |
| VITRAKVI 100 MG CAP                                                            | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                |
| VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION                                                     | 5            | PA, QL (300 PER 30 DAYS)               |
| VITRAKVI 25 MG CAP                                                             | 5            | PA, QL (180 PER 30 DAYS)               |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                             | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>    |
|----------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------|
| VONJO 100 MG CAP                                               | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)     |
| VORANIGO 10 MG TAB                                             | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)      |
| VORANIGO 40 MG TAB                                             | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)      |
| WELIREG 40 MG TAB                                              | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)      |
| XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 50 MG CAP SPRINK)                   | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)     |
| XALKORI (200 MG CAP, 250 MG CAP)                               | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)      |
| XALKORI 150 MG CAP SPRINK                                      | 5            | PA, QL (180 PER 30 DAYS)     |
| XOSPATA 40 MG TAB                                              | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)      |
| XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 TAB THPK                        | 5            | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)  |
| XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 TAB THPK                         | 5            | PA, QL (16 PER 28 OVER TIME) |
| XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK                            | 5            | PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)  |
| XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) TAB THPK                           | 5            | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)  |
| XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK                            | 5            | PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)  |
| XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK                        | 5            | PA, QL (24 PER 28 OVER TIME) |
| XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 TAB THPK                         | 5            | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)  |
| XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK                            | 5            | PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)  |
| XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK                        | 5            | PA, QL (32 PER 28 OVER TIME) |
| XTANDI (40 MG CAP, 40 MG TAB, 80 MG TAB)                       | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)     |
| YONSA 125 MG TAB                                               | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)     |
| <i>yulithira (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i> | 4            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)      |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                 | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES       |
|---------------------------------------------|-------|--------------------------|
| ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB) | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)  |
| ZELBORAF 240 MG TAB                         | 5     | PA, QL (240 PER 30 DAYS) |
| ZENBEXUS (0.75 MG CAP, 1 MG CAP)            | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)  |
| ZOLINZA 100 MG CAP                          | 5     | PA, QL (120 PER 30 DAYS) |
| ZYKADIA 150 MG TAB                          | 5     | PA, QL (150 PER 30 DAYS) |

## ANTIPARASITICS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------|
| <i>albendazole 200 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2 | (Excluded from Auto Extension)                                           |
| <i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>                                                                                                                                                                                                                                                                             | 4 | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                      |
| <i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                    | 3 | NM (Non-Mail Order)                                                      |
| <i>chloroquine phosphate (chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 500 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                 | 2 | NM (Non-Mail Order)                                                      |
| COARTEM 20-120 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 4 | QL (24 PER 30 OVER TIME), NM (Non-Mail Order)                            |
| <i>hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab)</i> | 2 | NM (Non-Mail Order)                                                      |
| <i>ivermectin 3 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 3 | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                      |
| KRINTAFEL 150 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 4 | QL (4 PER 30 OVER TIME), NM (Non-Mail Order)                             |
| LAMPIT (30 MG TAB, 120 MG TAB)                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 4 | PA, NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                  |
| <i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2 | NM (Non-Mail Order)                                                      |
| <i>nitazoxanide 500 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 4 | QL (20 PER 10 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>                                                           | 2     | BVD, HI, NM (Non-Mail Order), (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>praziquantel 600 mg tab</i>                                                                             | 3     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                             |
| <i>primaquine phosphate (primaquine phosphate 26.3 base mg tab, primaquine phosphate 26.3 base mg tab)</i> | 2     | NM (Non-Mail Order)                                                                             |
| <i>pyrimethamine 25 mg tab</i>                                                                             | 5     |                                                                                                 |
| <i>quinine sulfate 324 mg cap</i>                                                                          | 3     | NM (Non-Mail Order)                                                                             |

## ANTIPARKINSON AGENTS

|                                                                                                                                     |   |                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <i>amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution)</i>                                                        | 3 |                                       |
| <i>amantadine hcl 100 mg cap</i>                                                                                                    | 3 | QL (120 PER 30 DAYS)                  |
| <i>apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart</i>                                                                                          | 5 | PA, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| <i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>                                                                        | 2 |                                       |
| <i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>                                                                                | 3 |                                       |
| <i>carbidopa 25 mg tab</i>                                                                                                          | 3 |                                       |
| <i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab, 25-250 mg tab disp)</i> | 2 |                                       |
| <i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 mg tab er, er 50-200 mg tab er)</i>                                                             | 2 | QL (360 PER 30 DAYS)                  |
| CARBIDOPA-LEVODOPA ER 23.75-95 MG CAP                                                                                               | 3 | ST, QL (750 PER 30 DAYS)              |
| CARBIDOPA-LEVODOPA ER 36.25-145 MG CAP                                                                                              | 3 | ST, QL (480 PER 30 DAYS)              |
| CARBIDOPA-LEVODOPA ER 48.75-195 MG CAP                                                                                              | 3 | ST, QL (360 PER 30 DAYS)              |
| CARBIDOPA-LEVODOPA ER 61.25-245 MG CAP                                                                                              | 3 | ST, QL (300 PER 30 DAYS)              |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                     | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|
| <i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)</i> | 3     |                         |
| <i>entacapone 200 mg tab</i>                                                                                                                                    | 3     |                         |
| <i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>                                                   | 2     |                         |
| <i>pramipexole dihydrochloride er (er 0.375 mg tab er, er 2.25 mg tab er, er 3 mg tab er, er 3.75 mg tab er, er 4.5 mg tab er)</i>                              | 3     | ST, QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>pramipexole dihydrochloride er (er 0.75 mg tab er, er 1.5 mg tab er)</i>                                                                                     | 3     | ST, QL (90 PER 30 DAYS) |
| <i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>                                                                                                               | 3     |                         |
| <i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>                                                               | 2     |                         |
| <i>ropinirole hcl er (er 2 mg tab er, er 4 mg tab er, er 6 mg tab er, er 8 mg tab er, er 12 mg tab er)</i>                                                      | 3     | QL (90 PER 30 DAYS)     |
| <i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>                                                                                                                      | 3     |                         |
| <i>trihexyphenidyl hcl (2 mg tab, 5 mg tab)</i>                                                                                                                 | 2     | QL (150 PER 30 DAYS)    |
| <i>trihexyphenidyl hcl 0.4 mg/ml solution</i>                                                                                                                   | 2     |                         |

## ANTIPSYCHOTICS

|                                                                                      |   |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------|
| ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML PRSYR                                                 | 5 | QL (2.4 PER 56 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML PRSYR                                                 | 5 | QL (3.2 PER 56 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)              | 5 | QL (2 PER 28 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)   |
| <i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>                                 | 2 | QL (60 PER 30 DAYS)                                               |
| <i>aripiprazole (2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i> | 2 |                                                                   |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                               | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>                                                                                                                                             | 2            | QL (900 PER 30 DAYS)                                                    |
| ARISTADA 1064 MG/3.9ML PRSYR                                                                                                                                                     | 5            | QL (3.9 PER 56 OVER TIME),<br>BVD, (Route to BVSD with an<br>AWD note.) |
| ARISTADA 441 MG/1.6ML PRSYR                                                                                                                                                      | 5            | QL (1.6 PER 28 OVER TIME),<br>BVD, (Route to BVSD with an<br>AWD note.) |
| ARISTADA 662 MG/2.4ML PRSYR                                                                                                                                                      | 5            | QL (2.4 PER 28 OVER TIME),<br>BVD, (Route to BVSD with an<br>AWD note.) |
| ARISTADA 882 MG/3.2ML PRSYR                                                                                                                                                      | 5            | QL (3.2 PER 28 OVER TIME),<br>BVD, (Route to BVSD with an<br>AWD note.) |
| ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML<br>PRSYR                                                                                                                                            | 5            | QL (2.4 PER 28 OVER TIME),<br>BVD, (Route to BVSD with an<br>AWD note.) |
| <i>asenapine maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10<br/>mg tab)</i>                                                                                                                   | 3            | ST, QL (60 PER 30 DAYS)                                                 |
| BYSANTI (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4<br>MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10<br>MG TAB, 12 MG TAB)                                                                                           | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                                 |
| BYSANTI TITRATION PACK A<br>BYSNTI TITRTION PCK 1 & 2 & 4 & 6<br>MG TB THPK                                                                                                      | 5            | PA, QL (8 PER 180 OVER TIME)                                            |
| BYSANTI TITRATION PACK B<br>YSANTI 1 & 2 & 6 & 8 MG TATHPK                                                                                                                       | 5            | PA, QL (12 PER 180 OVER TIME)                                           |
| BYSANTI TITRATION PACK C PAK 1<br>& 2 & 6 MG TAB THPK                                                                                                                            | 5            | PA, QL (8 PER 180 DAYS)                                                 |
| CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG<br>CAP, 42 MG CAP)                                                                                                                                   | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                                 |
| <i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50<br/>mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)</i>                                                                                          | 2            |                                                                         |
| <i>chlorpromazine hcl (chlorpromazine hcl 100<br/>mg/ml conc, chlorpromazine hcl 30 mg/ml<br/>conc, chlorpromazine hcl 30 mg/ml conc,<br/>chlorpromazine hcl 100 mg/ml conc)</i> | 3            |                                                                         |
| <i>clozapine (100 mg tab, 150 mg tab disp, 200<br/>mg tab disp)</i>                                                                                                              | 3            | QL (180 PER 30 DAYS)                                                    |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                              | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------|
| <i>clozapine (12.5 mg tab disp, 25 mg tab disp, 100 mg tab disp)</i>            | 3            | QL (270 PER 30 DAYS)                                               |
| <i>clozapine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                         | 3            | QL (90 PER 30 DAYS)                                                |
| <i>clozapine 200 mg tab</i>                                                     | 3            | QL (135 PER 30 DAYS)                                               |
| COBENFY (50-20 MG CAP, 100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP)                            | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                            |
| COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK                                 | 5            | PA, QL (56 PER 180 OVER TIME)                                      |
| <i>compro 25 mg suppos</i>                                                      | 2            | (Route to BVSD with an AWD note.)                                  |
| EQUETRO (100 MG CAP ER 12H, 200 MG CAP ER 12H, 300 MG CAP ER 12H)               | 4            | ST, QL (180 PER 30 DAYS)                                           |
| ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR                                                | 5            | QL (0.75 PER 28 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR                                                    | 5            | QL (1 PER 28 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)    |
| ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR                                                 | 5            | QL (1.5 PER 28 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)  |
| ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR                                                | 5            | QL (2.25 PER 28 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR                                                 | 4            | QL (0.25 PER 28 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR                                                  | 5            | QL (0.5 PER 28 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)  |
| FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB) | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                            |
| FANAPT TITRATION PACK A FNPT TITRTION PCK 1 & 2 & 4 & 6 MG TB                   | 4            | PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)                                        |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                         | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------|
| FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TA                                                                                                                                                                | 4            | PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)                                        |
| FANAPT TITRATION PACK C PAK 1 & 2 & 6 MG TAB                                                                                                                                                               | 4            | PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)                                        |
| <i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>                                                                                                                                                            | 3            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                             |
| <i>fluphenazine hcl (fluphenazine hcl 1 mg tab, fluphenazine hcl 2.5 mg tab, fluphenazine hcl 5 mg tab, fluphenazine hcl 10 mg tab, fluphenazine hcl 2.5 mg/5ml elixir, fluphenazine hcl 5 mg/ml conc)</i> | 3            |                                                                    |
| FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION                                                                                                                                                                        | 3            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                             |
| <i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                                                                                        | 2            |                                                                    |
| <i>haloperidol decanoate (50 mg/ml, 100 mg/ml)</i>                                                                                                                                                         | 2            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                             |
| <i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>                                                                                                                                                                    | 2            |                                                                    |
| <i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>                                                                                                                                                                | 2            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                             |
| INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR                                                                                                                                                                    | 5            | QL (3.5 PER 180 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR                                                                                                                                                                      | 5            | QL (5 PER 180 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)   |
| INVEGA SUSTENNA (78 MG/0.5ML SUSP PRSYR, 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR, 156 MG/ML SUSP PRSYR, 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR)                                                                                          | 5            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                             |
| INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR                                                                                                                                                                    | 4            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                             |
| INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR                                                                                                                                                                     | 5            | QL (0.88 PER 90 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR                                                                                                                                                                     | 5            | QL (1.32 PER 90 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                        | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------|
| INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML<br>SUSP PRSYR                                                 | 5            | QL (1.75 PER 90 OVER TIME),<br>BVD, (Route to BVSD with an<br>AWD note.) |
| INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML<br>SUSP PRSYR                                                 | 5            | QL (2.63 PER 90 OVER TIME),<br>BVD, (Route to BVSD with an<br>AWD note.) |
| <i>loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25<br/>mg cap, 50 mg cap)</i>                 | 2            |                                                                          |
| <i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg<br/>tab, 80 mg tab, 120 mg tab)</i>        | 2            |                                                                          |
| LYBALVI (5-10 MG TAB, 10-10 MG<br>TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB)                        | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                                  |
| MOLINDONE HCL (5 MG TAB, 10 MG<br>TAB, 25 MG TAB)                                         | 2            | QL (270 PER 30 DAYS)                                                     |
| NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)                                                           | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                                  |
| <i>olanzapine (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab,<br/>10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab)</i> | 2            |                                                                          |
| <i>olanzapine (5 mg tab disp, 10 mg tab disp, 15<br/>mg tab disp, 20 mg tab disp)</i>     | 3            | QL (30 PER 30 DAYS)                                                      |
| <i>olanzapine 10 mg recon soln</i>                                                        | 2            | BVD, (Route to BVSD with an<br>AWD note.)                                |
| OPIPZA 10 MG FILM                                                                         | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)                                                  |
| OPIPZA 2 MG FILM                                                                          | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                                  |
| OPIPZA 5 MG FILM                                                                          | 5            | PA, QL (180 PER 30 DAYS)                                                 |
| <i>paliperidone er (er 1.5 mg tab er, er 3 mg tab<br/>er, er 9 mg tab er)</i>             | 3            | QL (30 PER 30 DAYS)                                                      |
| <i>paliperidone er 6 mg tab 24h</i>                                                       | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)                                                      |
| <i>perphenazine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab,<br/>16 mg tab)</i>                         | 2            |                                                                          |
| <i>pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)</i>                                                      | 2            |                                                                          |
| <i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>                                                      | 3            | (Route to BVSD with an AWD<br>note.)                                     |
| <i>prochlorperazine maleate (5 mg tab, 10 mg<br/>tab)</i>                                 | 2            | (Route to BVSD with an AWD<br>note.)                                     |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                               | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------|
| <i>quetiapine fumarate (quetiapine fumarate 25 mg tab, quetiapine fumarate 50 mg tab, quetiapine fumarate 150 mg tab, quetiapine fumarate 100 mg tab, quetiapine fumarate 200 mg tab, quetiapine fumarate 300 mg tab, quetiapine fumarate 400 mg tab)</i> | 2     |                                                                    |
| <i>quetiapine fumarate er (er 50 mg tab er, er 150 mg tab er, er 200 mg tab er, er 300 mg tab er, er 400 mg tab er)</i>                                                                                                                                   | 3     |                                                                    |
| REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)                                                                                                                                                                                 | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                            |
| <i>risperidone (0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i>                                                                                                                                                          | 2     | QL (60 PER 30 DAYS)                                                |
| <i>risperidone (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                   | 2     |                                                                    |
| <i>risperidone 0.25 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                            | 2     |                                                                    |
| RISPERIDONE 0.25 MG TAB DISP                                                                                                                                                                                                                              | 2     | QL (30 PER 30 DAYS)                                                |
| <i>risperidone 1 mg/ml solution</i>                                                                                                                                                                                                                       | 2     | QL (240 PER 30 DAYS)                                               |
| <i>risperidone microspheres er (er 12.5 mg, er 25 mg)</i>                                                                                                                                                                                                 | 4     | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                             |
| <i>risperidone microspheres er (er 37.5 mg, er 50 mg)</i>                                                                                                                                                                                                 | 5     | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                             |
| SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)                                                                                                                                                                          | 5     | ST, QL (30 PER 30 DAYS)                                            |
| <i>thioridazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                     | 2     |                                                                    |
| <i>thiothixene (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>                                                                                                                                                                                              | 2     |                                                                    |
| <i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                      | 2     |                                                                    |
| UZEDY 100 MG/0.28ML SUSP PRSYR                                                                                                                                                                                                                            | 5     | QL (0.28 PER 28 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| UZEDY 125 MG/0.35ML SUSP PRSYR                                                                                                                                                                                                                            | 5     | QL (0.35 PER 28 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                            | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------|
| UZEDY 150 MG/0.42ML SUSP PRSYR                                                | 5            | QL (0.42 PER 28 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| UZEDY 200 MG/0.56ML SUSP PRSYR                                                | 5            | QL (0.56 PER 28 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| UZEDY 250 MG/0.7ML SUSP PRSYR                                                 | 5            | QL (0.7 PER 28 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)  |
| UZEDY 50 MG/0.14ML SUSP PRSYR                                                 | 5            | QL (0.14 PER 28 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| UZEDY 75 MG/0.21ML SUSP PRSYR                                                 | 5            | QL (0.21 PER 28 OVER TIME), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION                                                 | 5            | PA, QL (600 PER 30 DAYS)                                           |
| VRAYLAR (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP) | 3            | ST, QL (30 PER 30 DAYS)                                            |
| <i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>           | 2            |                                                                    |
| <i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>                                  | 2            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                             |

## ANTIVIRALS

|                                                                  |   |                                                      |
|------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------|
| <i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>                        | 4 | (Excluded from Auto Extension)                       |
| <i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>                               | 4 | QL (180 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>                | 4 | QL (30 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)  |
| <i>acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i> | 2 | (Excluded from Auto Extension)                       |
| <i>acyclovir (400 mg tab, 800 mg tab)</i>                        | 1 | (Excluded from Auto Extension)                       |
| <i>acyclovir 200 mg cap</i>                                      | 1 |                                                      |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                    | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>acyclovir 5 % ointment</i>                                  | 3     |                                                                                                      |
| <i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>                      | 2     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>                            | 3     | QL (30 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                                                  |
| APTIVUS 250 MG CAP                                             | 5     | QL (120 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                                                 |
| <i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i> | 3     | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                             |
| BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION                                  | 4     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                                                  |
| BIKTARVY 30-120-15 MG TAB                                      | 5     | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                             |
| BIKTARVY 50-200-25 MG TAB                                      | 5     | QL (30 PER 30 DAYS)                                                                                  |
| CIMDUO 300-300 MG TAB                                          | 5     | QL (30 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                                                  |
| <i>darunavir 600 mg tab</i>                                    | 4     | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                             |
| <i>darunavir 800 mg tab</i>                                    | 5     | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                             |
| DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB                                   | 5     | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                             |
| DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)                         | 5     | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                             |
| DOVATO 50-300 MG TAB                                           | 5     | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                             |
| EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL                                     | 5     | QL (180 PER 30 DAYS)                                                                                 |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                           | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <i>efavirenz 600 mg tab</i>                                                                                                                  | 3            | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)  |
| <i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg</i>                                                                                         | 4            | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)  |
| <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (efavirenz-lamivudine-tenofovir 400-300-300 mg tab, efavirenz-lamivudine-tenofovir 600-300-300 mg tab)</i> | 4            | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)  |
| <i>emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg</i>                                                                                          | 5            |                                                                           |
| <i>emtricitabine 200 mg cap</i>                                                                                                              | 4            | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)  |
| <i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)</i>                                           | 4            | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)  |
| EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION                                                                                                                    | 4            | QL (720 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>entecavir 0.5 mg tab</i>                                                                                                                  | 4            | QL (30 PER 30 DAYS)                                                       |
| <i>entecavir 1 mg tab</i>                                                                                                                    | 4            | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)  |
| <i>etravirine (100 mg tab, 200 mg tab)</i>                                                                                                   | 4            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                       |
| EVOTAZ 300-150 MG TAB                                                                                                                        | 4            | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)  |
| <i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>                                                                                      | 2            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                       |
| <i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>                                                                                                      | 4            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                       |
| GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB                                                                                                                | 5            | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)  |
| IDVYNZO 100-0.25 MG TAB                                                                                                                      | 5            | QL (30 PER 30 DAYS)                                                       |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                     | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                                 |
|--------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------|
| INTELENCE 25 MG TAB                                    | 4            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                       |
| ISENTRESS 100 MG CHEW TAB                              | 5            | QL (180 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |
| ISENTRESS 100 MG PACKET                                | 5            | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)  |
| ISENTRESS 25 MG CHEW TAB                               | 4            | QL (180 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |
| ISENTRESS 400 MG TAB                                   | 5            | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)  |
| ISENTRESS HD 600 MG TAB                                | 5            | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)  |
| JULUCA 50-25 MG TAB                                    | 5            | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)  |
| <i>lamivudine (10 mg/ml, 300 mg/30ml)</i>              | 4            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                       |
| <i>lamivudine (100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i> | 4            | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)  |
| <i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>            | 4            | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                       |
| LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 90-400 MG TAB                    | 5            | PA, QL (168 PER 365 OVER TIME), (Excluded from Auto Extension)            |
| LIVTENCITY 200 MG TAB                                  | 5            | PA, QL (336 PER 28 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                  |
| <i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>               | 4            | QL (300 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>               | 4            | QL (120 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                  | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                                      |
|-----------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <i>maraviroc (150 mg tab, 300 mg tab)</i>           | 3            | QL (120 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)      |
| MAVYRET 100-40 MG TAB                               | 5            | PA, QL (84 PER 28 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                        |
| MAVYRET 50-20 MG PACKET                             | 5            | PA, QL (140 PER 28 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                       |
| <i>nevirapine 200 mg tab</i>                        | 4            | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)       |
| NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION                     | 4            | QL (1200 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)     |
| <i>nevirapine er 400 mg tab 24h</i>                 | 4            | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)       |
| ODEFSEY 200-25-25 MG TAB                            | 5            | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)       |
| <i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>              | 3            | QL (84 PER 180 OVER TIME), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>              | 3            | QL (42 PER 180 OVER TIME), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>     | 3            |                                                                                |
| <i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>              | 3            | QL (42 PER 180 OVER TIME), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |
| PAXLOVID (150/100) MG & 0MG TAB THPK                | 3            | QL (30 PER 60 OVER TIME), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)  |
| PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 10 MG 100MG TAB THPK | 3            | QL (11 PER 60 OVER TIME), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)  |
| PAXLOVID (300/100) 20 150 MG & 0MG TAB THPK         | 3            | QL (30 PER 60 OVER TIME), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)  |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                         | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                                        |
|--------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR           | 5            | PA, QL (4 PER 30 OVER TIME), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |
| PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION                | 5            | PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |
| PIFELTRO 100 MG TAB                        | 5            | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)         |
| PREVYMIS (20 MG PACKET, 120 MG PACKET)     | 5            | PA, QL (800 PER 365 OVER TIME), (Excluded from Auto Extension)                   |
| PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)          | 5            | PA, QL (200 PER 365 OVER TIME), (Excluded from Auto Extension)                   |
| PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB) | 5            | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)         |
| PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION              | 5            | QL (360 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)        |
| PREZISTA 150 MG TAB                        | 5            | QL (180 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)        |
| PREZISTA 75 MG TAB                         | 4            | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)         |
| RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA      | 4            | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)         |
| REYATAZ 50 MG PACKET                       | 5            | QL (240 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)        |
| RIBAVIRIN 200 MG CAP                       | 3            | QL (210 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)        |
| RIBAVIRIN 200 MG TAB                       | 3            | QL (210 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)        |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                              | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                                     |
|-------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <i>rilpivirine hcl 25 mg tab</i>                | 5            | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)      |
| <i>ritonavir 100 mg tab</i>                     | 4            | QL (450 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)     |
| RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H                       | 5            | QL (60 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                           |
| SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 400-100 MG TAB           | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                       |
| STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB                 | 5            | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)      |
| SUNLENCA 300 MG TAB                             | 5            | QL (5 PER 28 OVER TIME), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)  |
| SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK                    | 5            | QL (4 PER 180 OVER TIME), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |
| SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK                    | 5            | QL (5 PER 180 OVER TIME), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |
| SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB                   | 5            | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)      |
| <i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i> | 3            | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)      |
| TIVICAY 50 MG TAB                               | 5            | QL (60 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)      |
| TIVICAY PD 5 MG TAB SOL                         | 5            | QL (180 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                          |
| TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB                       | 5            | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)      |
| TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL                   | 5            | QL (180 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                          |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                 | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                            |
|-------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>              | 2     | QL (120 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)     |
| <i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>                        | 3     | QL (90 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)      |
| <i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>               | 3     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                           |
| VEMLIDY 25 MG TAB                                           | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                       |
| VIRACEPT (250 MG TAB, 625 MG TAB)                           | 5     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                           |
| VIREAD (150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)                 | 5     | QL (30 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)      |
| VIREAD 40 MG/GM POWDER                                      | 5     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                           |
| VOSEVI 400-100-100 MG TAB                                   | 5     | PA, QL (28 PER 28 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                       |
| XOFLUZA (40 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK                      | 4     | QL (8 PER 365 OVER TIME), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |
| XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK                      | 4     | QL (8 PER 365 OVER TIME), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |
| XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 2 40 TAB THPK                   | 4     | QL (8 PER 365 OVER TIME), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>zidovudine (50 mg/5ml syrup, 100 mg cap, 300 mg tab)</i> | 4     | NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension)                           |

## ANXIOLYTICS

|                                                                                     |   |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------|
| <i>alprazolam (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp)</i> | 3 | QL (150 PER 30 DAYS) |
| <i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>                     | 2 | QL (150 PER 30 DAYS) |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                             | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------|
| <i>alprazolam er (er 0.5 mg tab er, er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er)</i> | 3     | QL (90 PER 30 DAYS)   |
| ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML CONC                                                        | 2     | QL (300 PER 30 DAYS)  |
| <i>alprazolam xr (0.5 mg tab er, 1 mg tab er, 2 mg tab er, 3 mg tab er)</i>             | 3     | QL (90 PER 30 DAYS)   |
| <i>buspirone hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab)</i>            | 2     |                       |
| <i>clorazepate dipotassium (3.75 mg tab, 7.5 mg tab)</i>                                | 3     | QL (90 PER 30 DAYS)   |
| <i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>                                                | 3     | QL (180 PER 30 DAYS)  |
| <i>diazepam (2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                         | 2     | QL (120 PER 30 DAYS)  |
| <i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>                                                       | 2     | QL (1200 PER 30 DAYS) |
| <i>diazepam 5 mg/ml conc</i>                                                            | 2     | QL (240 PER 30 DAYS)  |
| <i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>                                                   | 2     | QL (240 PER 30 DAYS)  |
| <i>lorazepam (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>                                       | 2     | QL (150 PER 30 DAYS)  |
| <i>lorazepam 2 mg/ml conc</i>                                                           | 2     | QL (150 PER 30 DAYS)  |
| <i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>                                                  | 2     | QL (150 PER 30 DAYS)  |

## BIPOLAR AGENTS

## MOOD STABILIZERS

|                                                                                                                                                                                                                                             |   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| <i>lithium 8 meq/5ml solution</i>                                                                                                                                                                                                           | 2 |  |
| <i>lithium carbonate (lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 300 mg tab, lithium carbonate 600 mg cap, lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 600 mg cap)</i> | 2 |  |
| <i>lithium carbonate er (er 300 mg tab er, er 450 mg tab er)</i>                                                                                                                                                                            | 2 |  |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                           | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------|
| <b>BLOOD GLUCOSE REGULATORS</b>                                                                       |       |                      |
| <b>ANTIDIABETIC AGENTS</b>                                                                            |       |                      |
| <i>acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                                                    | 1     | QL (90 PER 30 DAYS)  |
| ALOGLIPTIN BENZOATE (6.25 MG TAB, 12.5 MG TAB, 25 MG TAB)                                             | 1     | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| ALOGLIPTIN-METFORMIN HCL (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)                                          | 1     | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE (12.5-30 MG TAB, 25-15 MG TAB, 25-30 MG TAB, 25-45 MG TAB)                    | 1     | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>dapaglifloz base-metformin er (er 10-1000 mg tab er, er 10-500 mg tab er)</i>                      | 1     | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>dapaglifloz base-metformin er (er 5-1000 mg tab er, er 5-500 mg tab er)</i>                        | 1     | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>dapagliflozin (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                            | 1     | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)                                                                         | 3     | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>                                                     | 1     |                      |
| <i>glipizide (glipizide 2.5 mg tab, glipizide 15 mg tab, glipizide 5 mg tab, glipizide 10 mg tab)</i> | 1     |                      |
| <i>glipizide er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)</i>                               | 1     |                      |
| <i>glipizide xl (2.5 mg tab er, 5 mg tab er, 10 mg tab er)</i>                                        | 1     |                      |
| <i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>                         | 1     |                      |
| <i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>                            | 1     | QL (120 PER 30 DAYS) |
| GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)                                                                   | 3     | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)                                                               | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| JANUMET XR (50-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H)                                              | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)  |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                           | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|
| JANUMET XR 100-1000 MG TAB ER 24H                                                                                                                            | 3            | QL (30 PER 30 DAYS)         |
| JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)                                                                                                                   | 3            | QL (30 PER 30 DAYS)         |
| JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)                                                                                                                             | 3            | QL (30 PER 30 DAYS)         |
| JENTADUETO 2.5-1000 MG TAB                                                                                                                                   | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)         |
| JENTADUETO 2.5-500 MG TAB                                                                                                                                    | 3            | QL (120 PER 30 DAYS)        |
| JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H                                                                                                                         | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)         |
| JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H                                                                                                                           | 3            | QL (30 PER 30 DAYS)         |
| <i>metformin hcl (500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 850 mg tab, 1000 mg tab)</i>                                                                              | 1            |                             |
| <i>metformin hcl er (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er)</i>                                                                                                 | 1            |                             |
| MIGLITOL (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)                                                                                                                  | 2            |                             |
| MOUNJARO (2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ) | 3            | PA, QL (2 PER 28 OVER TIME) |
| <i>nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)</i>                                                                                                                   | 1            |                             |
| OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) (MG/3ML SOLN PEN                                                                                                               | 3            | PA, QL (3 PER 28 OVER TIME) |
| OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN                                                                                                                        | 3            | PA, QL (3 PER 28 OVER TIME) |
| OZEMPIC (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)                                                                                                                     | 3            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)     |
| OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN                                                                                                                        | 3            | PA, QL (3 PER 28 OVER TIME) |
| <i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>                                                                                                    | 1            | QL (30 PER 30 DAYS)         |
| <i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i>                                                                                               | 1            | QL (30 PER 30 DAYS)         |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                           | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------|
| <i>pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)</i>                                                  | 1     | QL (90 PER 30 DAYS)                      |
| <i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>                                                                   | 1     |                                          |
| <i>saxagliptin hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>                                                                         | 1     | QL (30 PER 30 DAYS)                      |
| <i>saxagliptin-metformin er (er 5-1000 mg tab er, er 5-500 mg tab er)</i>                                             | 1     | QL (30 PER 30 DAYS)                      |
| <i>saxagliptin-metformin er 2.5-1000 mg tab 24h</i>                                                                   | 1     | QL (60 PER 30 DAYS)                      |
| SEGLUROMET (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 7.5-1000 MG TAB, 7.5-500 MG TAB)                                         | 4     | ST, QL (60 PER 30 DAYS)                  |
| SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER (ER 50-1000 MG TAB ER 24H, ER 50-500 MG TAB ER 24H)                                     | 1     | QL (60 PER 30 DAYS)                      |
| SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER 100-1000 MG TAB 24H                                                                     | 1     | QL (30 PER 30 DAYS)                      |
| SITAGLIPTIN (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)                                                                        | 1     | QL (30 PER 30 DAYS)                      |
| SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN HCL (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)                                                        | 1     | QL (60 PER 30 DAYS)                      |
| SOLQUA 100-33 UNT-MCG/ML SOLN PEN                                                                                     | 3     | QL (18 PER 30 OVER TIME), \$35 (\$35/30) |
| STEGLATRO (5 MG TAB, 15 MG TAB)                                                                                       | 4     | ST, QL (30 PER 30 DAYS)                  |
| SYNJARDY (5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)                                             | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)                      |
| SYNJARDY XR (5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H)                                    | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)                      |
| SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H                                                                                     | 3     | QL (30 PER 30 DAYS)                      |
| TRADJENTA 5 MG TAB                                                                                                    | 3     | QL (30 PER 30 DAYS)                      |
| TRIJARDY XR (5-2.5-1000 MG TAB ER 24H, 10-5-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-2.5-1000 MG TAB ER 24H, 25-5-1000 MG TAB ER 24H) | 3     |                                          |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                   | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------|
| TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ) | 3     | PA, QL (4 PER 28 OVER TIME) |
| XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)                                                      | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)         |
| XIGDUO XR (5-500 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H)                                  | 3     | QL (30 PER 30 DAYS)         |

## GLYCEMIC AGENTS

|                                                                                                    |   |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------|
| BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER                                                                  | 3 |                          |
| BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER                                                                  | 3 |                          |
| <i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>                                                               | 5 |                          |
| <i>glucagon emergency (glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg recon soln)</i> | 3 |                          |
| GVOKE HYPOPEN 1-PACK (0.5 MG/0.1ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.2ML SOLN A-INJ)                              | 3 |                          |
| GVOKE HYPOPEN 2-PACK (0.5 MG/0.1ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.2ML SOLN A-INJ)                              | 3 |                          |
| GVOKE KIT 1 MG/0.2ML SOLUTION                                                                      | 3 |                          |
| GVOKE PFS 1 MG/0.2ML SOLN PRSYR                                                                    | 3 |                          |
| <i>mifepristone 300 mg tab</i>                                                                     | 5 | PA, QL (120 PER 30 DAYS) |

## INSULINS

|                                      |   |                                                   |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------------------|
| FIASP 100 UNIT/ML SOLUTION           | 3 | \$35 (\$35/30), (Route to BVSD with an AWD note.) |
| FIASP FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN | 3 | \$35 (\$35/30)                                    |
| FIASP PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART  | 3 | \$35 (\$35/30)                                    |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                        | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                         |
|-----------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------|
| HUMALOG (100 UNIT/ML SOLN CART, 100 UNIT/ML SOLUTION)     | 3            | \$35 (\$35/30), (Route to BVSD with an AWD note.) |
| HUMALOG JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN               | 3            | \$35 (\$35/30)                                    |
| HUMALOG KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN                      | 3            | \$35 (\$35/30)                                    |
| HUMALOG KWIKPEN KWIK200 UNIT/ML SOLN                      | 3            | \$35 (\$35/30)                                    |
| HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 UNIT/ML SUSPENSION          | 3            | \$35 (\$35/30), (Route to BVSD with an AWD note.) |
| HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN KWIK(50-50) 100 UNIT/ML SUSP    | 3            | \$35 (\$35/30)                                    |
| HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION          | 3            | \$35 (\$35/30), (Route to BVSD with an AWD note.) |
| HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN KWIK(75-25) 100 UNIT/ML SUSP    | 3            | \$35 (\$35/30)                                    |
| HUMULIN R U-500 KWIKPEN KWIKUNIT/ML SOLN                  | 3            | \$35 (\$35/30)                                    |
| INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 /ML SOLN PEN             | 3            | \$35 (\$35/30)                                    |
| INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION                       | 3            | \$35 (\$35/30), (Route to BVSD with an AWD note.) |
| INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN        | 3            | \$35 (\$35/30)                                    |
| INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN | 3            | \$35 (\$35/30)                                    |
| LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION                               | 3            | QL (120 PER 30 DAYS), \$35 (\$35/30)              |
| LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN                      | 3            | QL (120 PER 30 DAYS), \$35 (\$35/30)              |
| NOVOLOG 100 UNIT/ML SOLUTION                              | 3            | \$35 (\$35/30), (Route to BVSD with an AWD note.) |
| NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION FLEX(70-30) 100 UNIT/ML SUSP | 3            | \$35 (\$35/30)                                    |
| NOVOLOG FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN                      | 3            | \$35 (\$35/30)                                    |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                 | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                   |
|-------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------|
| NOVOLOG FLEXPEN RELION<br>FLEX100 UNIT/ML SOLN              | 3     | \$35 (\$35/30)                                       |
| NOVOLOG MIX 70/30 (70-30) 100<br>UNIT/ML SUSPENSION         | 3     | \$35 (\$35/30), (Route to BVSD<br>with an AWD note.) |
| NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN<br>FLEX(70-30) 100 UNIT/ML SUSP   | 3     | \$35 (\$35/30)                                       |
| NOVOLOG MIX 70/30 RELION (70-<br>30) 100 UNIT/ML SUSPENSION | 3     | \$35 (\$35/30), (Route to BVSD<br>with an AWD note.) |
| NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML<br>SOLN CART                    | 3     | \$35 (\$35/30)                                       |
| NOVOLOG RELION 100 UNIT/ML<br>SOLUTION                      | 3     | \$35 (\$35/30), (Route to BVSD<br>with an AWD note.) |
| TOUJEO MAX SOLOSTAR 300<br>UNIT/ML SOLN PEN                 | 3     | QL (30 PER 30 DAYS), \$35<br>(\$35/30)               |
| TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML<br>SOLN PEN                     | 3     | QL (45 PER 30 DAYS), \$35<br>(\$35/30)               |

## BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

### ANTICOAGULANTS

|                                                                              |   |                           |
|------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------|
| <i>dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 110<br/>mg cap, 150 mg cap)</i> | 4 | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 TAB<br>SOL                                     | 3 | QL (448 PER 28 DAYS)      |
| ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 TAB<br>SOL                                       | 3 | QL (448 PER 28 DAYS)      |
| ELIQUIS 0.15 MG CAP SPRINK                                                   | 3 | QL (70 PER 28 DAYS)       |
| ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL                                                       | 3 | QL (448 PER 28 DAYS)      |
| ELIQUIS 2.5 MG TAB                                                           | 3 | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| ELIQUIS 5 MG TAB                                                             | 3 | QL (74 PER 30 DAYS)       |
| ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5<br>MG TAB THPK                                 | 3 | QL (74 PER 180 OVER TIME) |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                   | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|
| <i>enoxaparin sodium (30 mg/0.3ml soln, 40 mg/0.4ml soln, 60 mg/0.6ml soln, 80 mg/0.8ml soln, 100 mg/ml soln, 120 mg/0.8ml soln, 150 mg/ml soln)</i> | 3            |                                           |
| <i>fondaparinux sodium (5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml, 10 mg/0.8ml)</i>                                                                                   | 5            | QL (30 PER 30 DAYS)                       |
| <i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>                                                                                                     | 4            | QL (30 PER 30 DAYS)                       |
| <i>heparin sodium (porcine) (5000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml)</i>                                                                         | 3            | (ESRD)                                    |
| <i>heparin sodium (porcine) +rfid 1000 unit/ml solution</i>                                                                                          | 3            |                                           |
| <i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml solution</i>                                                                                                | 3            | (ESRD), (Route to BVSD with an AWD note.) |
| <i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>                                                                                             | 3            | (ESRD), (Route to BVSD with an AWD note.) |
| <i>jantoven (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                      | 1            |                                           |
| <i>warfarin sodium (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>                               | 1            |                                           |
| XARELTO (10 MG TAB, 20 MG TAB)                                                                                                                       | 3            | QL (30 PER 30 DAYS)                       |
| XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP                                                                                                                           | 3            | QL (600 PER 30 DAYS)                      |
| XARELTO 15 MG TAB                                                                                                                                    | 3            | QL (42 PER 30 DAYS)                       |
| XARELTO 2.5 MG TAB                                                                                                                                   | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)                       |
| XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK                                                                                                             | 3            | QL (102 PER 365 OVER TIME)                |

## **BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER**

|                                                                                                                                                                             |   |                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>                                                                                                                                | 2 | (Excluded from Auto Extension)                                                             |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 500 MCG/ML SOLN PRSYR) | 5 | BVD, (ESRD), (ESRD benefits and rules apply. If not ESRD, Route to BVSD with an AWD note.) |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                     | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| ARANESP (ALBUMIN FREE) (25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 60 MCG/ML SOLUTION) | 3     | BVD, (ESRD), (ESRD benefits and rules apply. If not ESRD, Route to BVSD with an AWD note.) |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) 10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR                                                                                                                  | 3     | BVD, (ESRD), (ESRD benefits and rules apply. If not ESRD, Route to BVSD with an AWD note.) |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) 200 MCG/ML SOLUTION                                                                                                                      | 5     | BVD                                                                                        |
| ARMLUPEG 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR                                                                                                                                  | 5     | PA, (Route to BVSD with an AWD note.)                                                      |
| <i>eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 25 mg packet)</i>                                                                                                       | 5     | PA, QL (180 PER 30 DAYS)                                                                   |
| <i>eltrombopag olamine (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                                                                  | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                                                    |
| <i>eltrombopag olamine 75 mg tab</i>                                                                                                                            | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                                                    |
| EPOGEN (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION)                                    | 4     | BVD, (ESRD), (ESRD benefits and rules apply. If not ESRD, Route to BVSD with an AWD note.) |
| FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR                                                                                                                                  | 5     | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                                                     |
| FYLNETRA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR                                                                                                                                  | 5     | PA, (Route to BVSD with an AWD note.)                                                      |
| GRANIX (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)                                                                                | 5     | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                                                     |
| LEUKINE 250 MCG RECON SOLN                                                                                                                                      | 5     | PA, (Route to BVSD with an AWD note.)                                                      |
| MULPLETA 3 MG TAB                                                                                                                                               | 5     | PA, QL (7 PER 30 OVER TIME)                                                                |
| NEULASTA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR                                                                                                                                  | 5     | PA, (Route to BVSD with an AWD note.)                                                      |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| NEUPOGEN (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION) | 5     | PA, (Route to BVSD with an AWD note.)                                                      |
| NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION) | 5     | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                                                     |
| NYVEPRIA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR                                                                             | 5     | PA, (Route to BVSD with an AWD note.)                                                      |
| RELEUKO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)                                               | 5     | PA, (Route to BVSD with an AWD note.)                                                      |
| RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION)                                                  | 3     | BVD, (ESRD), (ESRD benefits and rules apply. If not ESRD, Route to BVSD with an AWD note.) |
| RETACRIT (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)     | 3     | BVD, (ESRD), (ESRD benefits and rules apply. If not ESRD, Route to BVSD with an AWD note.) |
| STIMUFEND 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR                                                                            | 5     | PA, (Route to BVSD with an AWD note.)                                                      |
| UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)                                                     | 5     | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                                                     |
| ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)                                                | 5     | PA, (Route to BVSD with an AWD note.)                                                      |
| ZIEXTENZO 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR                                                                            | 5     | PA, (Route to BVSD with an AWD note.)                                                      |
| <b>HEMOSTASIS AGENTS</b>                                                                                   |       |                                                                                            |
| <i>tranexamic acid 650 mg tab</i>                                                                          | 3     | QL (30 PER 30 DAYS)                                                                        |
| <b>PLATELET MODIFYING AGENTS</b>                                                                           |       |                                                                                            |
| <i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap 12h</i>                                                           | 3     | QL (60 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                                        |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                         |
|--------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------|
| CABLIVI 11 MG KIT                          | 5     | PA, QL (31 PER 30 DAYS),<br>(Excluded from Auto Extension) |
| <i>cilostazol (50 mg tab, 100 mg tab)</i>  | 2     | (Excluded from Auto Extension)                             |
| <i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>     | 1     | QL (30 PER 30 DAYS), (Excluded<br>from Auto Extension)     |
| <i>prasugrel hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i> | 2     | QL (30 PER 30 DAYS), (Excluded<br>from Auto Extension)     |
| TAVALISSE (100 MG TAB, 150 MG<br>TAB)      | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS),<br>(Excluded from Auto Extension) |
| <i>ticagrelor 60 mg tab</i>                | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)                                        |
| <i>ticagrelor 90 mg tab</i>                | 3     | QL (60 PER 30 DAYS), (Excluded<br>from Auto Extension)     |

## CARDIOVASCULAR AGENTS

### ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS

|                                                           |   |                          |
|-----------------------------------------------------------|---|--------------------------|
| <i>droxidopa (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg<br/>cap)</i> | 4 | PA, QL (180 PER 30 DAYS) |
| <i>midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>    | 3 |                          |

### ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS

|                                       |   |                           |
|---------------------------------------|---|---------------------------|
| <i>phenoxybenzamine hcl 10 mg cap</i> | 5 | PA, QL (3600 PER 30 DAYS) |
| <i>terazosin hcl 10 mg cap</i>        | 1 | QL (60 PER 30 DAYS)       |

### ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS

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

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

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

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

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

| MEDICAMENTO | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES |
|-------------|-------|--------------------|
|-------------|-------|--------------------|

## ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS

|                                                                                                                       |   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| <i>benazepril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                                                     | 1 |  |
| <i>captopril (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                                                      | 1 |  |
| <i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                 | 1 |  |
| <i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                                                            | 1 |  |
| <i>lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>                                  | 1 |  |
| <i>moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>                                                                          | 1 |  |
| PERINDOPRIL ERBUMINE<br>(PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 8 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 4 MG TAB) | 1 |  |
| <i>quinapril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                                                      | 1 |  |
| <i>ramipril (1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>                                                        | 1 |  |
| <i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>                                                                    | 1 |  |

## ANTIARRHYTHMICS

|                                                                           |   |  |
|---------------------------------------------------------------------------|---|--|
| <i>amiodarone hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)</i>                | 1 |  |
| <i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>                                 | 2 |  |
| <i>digoxin (digoxin 0.05 mg/ml solution, digoxin 0.05 mg/ml solution)</i> | 2 |  |
| <i>digoxin 62.5 mcg tab</i>                                               | 3 |  |
| <i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>                 | 3 |  |
| <i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>             | 2 |  |
| <i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>                | 3 |  |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                       | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>pacerone (100 mg tab, 200 mg tab)</i>                                                                                 | 3            |                           |
| <i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>                                                              | 2            |                           |
| <i>propafenone hcl er (er 225 mg cap er, er 325 mg cap er, er 425 mg cap er)</i>                                         | 3            |                           |
| QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)                                                                               | 2            | NM (Non-Mail Order)       |
| <i>sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)</i>                                                                  | 4            |                           |
| <i>sotalol hcl (af) (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)</i>                                                              | 4            |                           |
| <i>sotalol hcl 80 mg tab</i>                                                                                             | 4            |                           |
| <b>BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS</b>                                                                                   |              |                           |
| <i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>                                                                           | 2            |                           |
| <i>atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                                                                       | 2            |                           |
| <i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                                              | 2            |                           |
| <i>bisoprolol fumarate (bisoprolol fumarate 2.5 mg tab, bisoprolol fumarate 5 mg tab, bisoprolol fumarate 10 mg tab)</i> | 2            |                           |
| <i>carvedilol (3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>                                                    | 1            |                           |
| <i>carvedilol phosphate er (er 10 mg cap er, er 20 mg cap er, er 40 mg cap er, er 80 mg cap er)</i>                      | 3            |                           |
| <i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>                                                                | 1            |                           |
| <i>metoprolol succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>                    | 1            |                           |
| <i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>                                    | 1            |                           |
| <i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>                                                                         | 3            |                           |
| <i>nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                                   | 2            | QL (90 PER 30 DAYS)       |
| <i>nebivolol hcl 10 mg tab</i>                                                                                           | 2            | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| <i>pindolol (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                                                    | 2            |                           |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                  | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------|
| <i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>                                                                               | 1     |                    |
| PROPRANOLOL HCL<br>(PROPRANOLOL HCL 40 MG/5ML<br>SOLUTION, PROPRANOLOL HCL 20<br>MG/5ML SOLUTION)                                                            | 2     |                    |
| <i>propranolol hcl er (er 60 mg cap er, er 80 mg cap er, er 120 mg cap er, er 160 mg cap er)</i>                                                             | 2     |                    |
| <i>timolol maleate (timolol maleate 20 mg tab, timolol maleate 5 mg tab, timolol maleate 10 mg tab, timolol maleate 20 mg tab, timolol maleate 5 mg tab)</i> | 2     |                    |

## CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| <i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                   | 1 |  |
| <i>cartia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er, 300 mg cap er)</i>                                                                                                                                                                                                                  | 3 |  |
| <i>dilt-xr (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er)</i>                                                                                                                                                                                                                                   | 2 |  |
| <i>diltiazem hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                             | 2 |  |
| <i>diltiazem hcl er (er 60 mg cap er 12h, er 90 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 24h, er 120 mg tab er 24h, er 180 mg cap er 24h, er 180 mg tab er 24h, er 240 mg cap er 24h, er 240 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h, er 360 mg tab er 24h, er 420 mg tab er 24h)</i> | 2 |  |
| <i>diltiazem hcl er beads (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er, er 420 mg cap er)</i>                                                                                                                                                     | 2 |  |
| <i>diltiazem hcl er coated beads (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er)</i>                                                                                                                                                                | 2 |  |
| <i>felodipine er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)</i>                                                                                                                                                                                                                       | 2 |  |
| <i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>                                                                                                                                                                                                                                                       | 2 |  |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                             | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>matzim la (180 mg tab er, 240 mg tab er, 300 mg tab er, 360 mg tab er, 420 mg tab er)</i>                                                                                                                                   | 3            |                           |
| <i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>                                                                                                                                                                                  | 2            |                           |
| <i>nifedipine (10 mg cap, 20 mg cap)</i>                                                                                                                                                                                       | 1            |                           |
| <i>nifedipine er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)</i>                                                                                                                                                       | 1            |                           |
| <i>nifedipine er osmotic release (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)</i>                                                                                                                                       | 1            |                           |
| <i>nimodipine 30 mg cap</i>                                                                                                                                                                                                    | 2            |                           |
| <b>NIMODIPINE 60 MG/20ML SOLUTION</b>                                                                                                                                                                                          | 5            | QL (1800 PER 30 DAYS)     |
| <i>nisoldipine er (nisoldipine er 17 mg tab er 24h, nisoldipine er 8.5 mg tab er 24h, nisoldipine er 17 mg tab er 24h, nisoldipine er 34 mg tab er 24h, nisoldipine er 8.5 mg tab er 24h, nisoldipine er 34 mg tab er 24h)</i> | 2            |                           |
| <b>NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION</b>                                                                                                                                                                                               | 5            | QL (1800 PER 30 DAYS)     |
| <i>tiadylt er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er, er 420 mg cap er)</i>                                                                                                 | 3            |                           |
| <i>verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)</i>                                                                                                                                                                        | 1            |                           |
| <i>verapamil hcl er (er 120 mg cap er 24h, er 120 mg tab er, er 180 mg cap er 24h, er 180 mg tab er, er 240 mg cap er 24h, er 240 mg tab er)</i>                                                                               | 2            |                           |

## **CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER**

|                                                                                                                          |   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| <i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>                                                                            | 2 |  |
| <i>acetazolamide er 500 mg cap 12h</i>                                                                                   | 2 |  |
| <b>AMILORIDE-HYDROCHLOROTHIAZIDE 5-50 MG TAB</b>                                                                         | 2 |  |
| <i>amlodipine besy-benazepril hcl (2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap, 10-20 mg cap, 10-40 mg cap)</i> | 1 |  |
| <i>amlodipine besylate-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)</i>                          | 1 |  |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                       | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab, 10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i> | 1            | ST, QL (30 PER 30 DAYS)   |
| <i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)</i>                                                                                                      | 1            |                           |
| <i>atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)</i>                                                                                                                             | 2            |                           |
| <i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>                                                                                      | 1            |                           |
| <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>                                                                                                   | 2            |                           |
| <i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>                                                                                                         | 1            |                           |
| <b>EDARBYCLOR (40-12.5 MG TAB, 40-25 MG TAB)</b>                                                                                                                                         | 4            | ST                        |
| <i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)</i>                                                                                                                       | 1            |                           |
| <b>ENTRESTO (6-6 MG CAP SPRINK, 15-16 MG CAP SPRINK)</b>                                                                                                                                 | 3            | QL (240 PER 30 DAYS)      |
| <b>FILSPARI (200 MG TAB, 400 MG TAB)</b>                                                                                                                                                 | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)   |
| <i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>                                                                                                                           | 1            |                           |
| <i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>                                                                                                                 | 1            |                           |
| <i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>                                                                                                                                             | 4            | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| <i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>                                                                                                     | 1            |                           |
| <i>losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i>                                                                                                          | 1            |                           |
| <i>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i>                                                                                                       | 3            |                           |
| <b>metyrosine 250 mg cap</b>                                                                                                                                                             | 5            | PA                        |
| <i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>                                                                                                          | 1            |                           |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------|
| <i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i> | 1     |                                   |
| <i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>                                                                                        | 2     | (Excluded from Auto Extension)    |
| <i>ranolazine er (er 500 mg tab er, er 1000 mg tab er)</i>                                                                 | 3     | QL (120 PER 30 DAYS)              |
| <i>sacubitril-valsartan (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)</i>                                                                  | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)               |
| <i>sacubitril-valsartan 24-26 mg tab</i>                                                                                   | 3     | QL (180 PER 30 DAYS)              |
| <i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>                                                                                    | 2     |                                   |
| TELMISARTAN-AMLODIPINE (40-10 MG TAB, 40-5 MG TAB, 80-10 MG TAB, 80-5 MG TAB)                                              | 1     |                                   |
| <i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>                                                     | 1     |                                   |
| TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (ER 1-240 MG TAB ER, ER 2-180 MG TAB ER, ER 2-240 MG TAB ER, ER 4-240 MG TAB ER)             | 1     |                                   |
| <i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>                                                     | 1     |                                   |
| <i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>      | 1     |                                   |
| VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)                                                                                  | 3     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)           |
| <b>DIURETICS</b>                                                                                                           |       |                                   |
| <i>amiloride hcl 5 mg tab</i>                                                                                              | 2     |                                   |
| <i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>                                                                         | 1     |                                   |
| <i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                                               | 2     |                                   |
| <i>ethacrynic acid 25 mg tab</i>                                                                                           | 4     | PA, QL (480 PER 30 DAYS)          |
| <i>furosemide (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>                                                                        | 1     |                                   |
| <i>furosemide 10 mg/ml solution</i>                                                                                        | 2     | (Route to BVSD with an AWD note.) |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                   | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION                                                                         | 2            |                           |
| FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION                                                                          | 2            |                           |
| <i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                          | 1            |                           |
| <i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>                                                          | 1            |                           |
| <i>metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                  | 1            |                           |
| <i>torseamide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)</i>                                       | 2            |                           |
| <i>triamterene (50 mg cap, 100 mg cap)</i>                                                           | 3            | QL (90 PER 30 DAYS)       |
| <b>DYSLIPIDEMICS</b>                                                                                 |              |                           |
| ALTOPREV (20 MG TAB ER 24H, 40 MG TAB ER 24H, 60 MG TAB ER 24H)                                      | 4            | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>                             | 1            |                           |
| <i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>                                                | 3            |                           |
| <i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>                                          | 3            | QL (1195 PER 30 DAYS)     |
| <i>colesevelam hcl 3.75 gm packet</i>                                                                | 4            | QL (180 PER 30 DAYS)      |
| <i>colesevelam hcl 625 mg tab</i>                                                                    | 3            | QL (180 PER 30 DAYS)      |
| <i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i>                                                   | 3            | QL (900 PER 30 DAYS)      |
| <i>colestipol hcl 1 gm tab</i>                                                                       | 3            | QL (480 PER 30 DAYS)      |
| <i>ezetimibe 10 mg tab</i>                                                                           | 1            | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>                | 1            | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>fenofibrate (48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap, 134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap)</i> | 1            | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| <i>fenofibrate micronized (43 mg cap, 67 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap)</i>                         | 1            | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| <i>fenofibric acid (45 mg cap dr, 135 mg cap dr)</i>                                                 | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)       |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                   | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------|
| <i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>                                              | 1     |                             |
| <i>gemfibrozil 600 mg tab</i>                                                                 | 2     | QL (60 PER 30 DAYS)         |
| <i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i>                                                 | 4     | QL (120 PER 30 DAYS)        |
| JUXTAPID (2 MG CAP, 5 MG CAP, 10 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)                                | 5     | PA, QL (90 PER 30 DAYS)     |
| <i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                                           | 1     |                             |
| NEXLETOL 180 MG TAB                                                                           | 3     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)     |
| NEXLIZET 180-10 MG TAB                                                                        | 3     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)     |
| <i>niacin er (antihyperlipidemic) (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er, er 1000 mg tab er)</i> | 2     | QL (120 PER 30 DAYS)        |
| <i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>                                                     | 3     | QL (120 PER 30 DAYS)        |
| <i>pitavastatin calcium (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>                                    | 1     | ST                          |
| <i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>                        | 1     |                             |
| <i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>                                              | 3     | QL (1195 PER 30 DAYS)       |
| REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR                                                                  | 3     | PA, QL (3 PER 30 OVER TIME) |
| REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ                                                        | 3     | PA, QL (3 PER 30 OVER TIME) |
| <i>rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                       | 1     |                             |
| <i>simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>                     | 1     |                             |
| TRYNGOLZA (50 MG/0.8ML SOLN A-INJ, 80 MG/0.8ML SOLN A-INJ)                                    | 5     | PA                          |
| <b>MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS</b>                                                 |       |                             |
| <i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                      | 3     |                             |
| KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)                                                    | 4     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)     |
| <i>spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                                      | 2     |                             |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
| <b>VASODILATORS</b>                                                                                                                                        |       |                          |
| <i>hydralazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                                                                                       | 1     |                          |
| <i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>                                                                         | 2     |                          |
| <i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                                                                       | 2     |                          |
| <i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 120 mg tab er)</i>                                                                      | 2     |                          |
| <i>metyrosine 250 mg cap</i>                                                                                                                               | 5     | PA                       |
| <i>minoxidil (2.5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                                                                                   | 2     |                          |
| <i>nitro-bid 2 % ointment</i>                                                                                                                              | 4     |                          |
| <i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i> | 2     |                          |
| <i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>                                                                                                                        | 4     | QL (30 PER 30 OVER TIME) |
| <i>nitroglycerin 0.4 mg/spray solution</i>                                                                                                                 | 3     |                          |
| NITROLINGUAL 0.4 MG/SPRAY SOLUTION                                                                                                                         | 3     |                          |

## CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

### ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS

|                                                                                                                                          |   |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------|
| <i>amphetamine-dextroamphet er (er 5 mg cap er, er 10 mg cap er, er 15 mg cap er, er 20 mg cap er, er 25 mg cap er, er 30 mg cap er)</i> | 3 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 12.5 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>                     | 3 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)</i>                                    | 3 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| ATOMOXETINE HCL 4 MG/ML SOLUTION                                                                                                         | 3 | QL (750 PER 30 DAYS) |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                       | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>clonidine hcl er 0.1 mg tab 12h</i>                                                                                                                                   | 1            | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| <i>dexmethylphenidate hcl er (er 5 mg cap er, er 10 mg cap er, er 15 mg cap er, er 20 mg cap er, er 25 mg cap er, er 30 mg cap er, er 35 mg cap er, er 40 mg cap er)</i> | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| <i>dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>                                                                                  | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| <i>dextroamphetamine sulfate er (er 10 mg cap er, er 15 mg cap er)</i>                                                                                                   | 3            | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| <i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap 24h</i>                                                                                                                         | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| <i>guanfacine hcl er (er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er, er 4 mg tab er)</i>                                                                                | 2            |                           |
| <i>lisdexamfetamine dimesylate (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap, 70 mg cap)</i>                                                         | 3            | ST, QL (30 PER 30 DAYS)   |
| <i>methylphenidate (10 mg/9hr patch, 15 mg/9hr patch, 20 mg/9hr patch, 30 mg/9hr patch)</i>                                                                              | 4            | ST, QL (30 PER 30 DAYS)   |
| <i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                                                             | 3            | QL (90 PER 30 DAYS)       |
| <i>methylphenidate hcl (5 mg chew tab, 10 mg chew tab)</i>                                                                                                               | 3            | QL (180 PER 30 DAYS)      |
| <i>methylphenidate hcl 10 mg/5ml solution</i>                                                                                                                            | 3            | QL (900 PER 30 DAYS)      |
| <i>methylphenidate hcl 5 mg/5ml solution</i>                                                                                                                             | 3            | QL (1800 PER 30 DAYS)     |
| <i>methylphenidate hcl er (cd) (er 20 mg cap er, er 50 mg cap er, er 60 mg cap er)</i>                                                                                   | 3            | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>methylphenidate hcl er (cd) (er 30 mg cap er, er 40 mg cap er)</i>                                                                                                    | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| <i>methylphenidate hcl er (cd) 10 mg cap</i>                                                                                                                             | 3            | QL (180 PER 30 DAYS)      |
| <i>methylphenidate hcl er (la) (er 10 mg cap er, er 20 mg cap er, er 30 mg cap er, er 40 mg cap er, er 60 mg cap er)</i>                                                 | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)       |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                 | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------|
| <i>methylphenidate hcl er (methylphenidate hcl er 18 mg tab er, methylphenidate hcl er 27 mg tab er, methylphenidate hcl er 36 mg tab er, methylphenidate hcl er 54 mg tab er, methylphenidate hcl er 18 mg tab er 24h)</i> | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)           |
| <i>methylphenidate hcl er (osm) (er 18 mg tab er, er 27 mg tab er, er 36 mg tab er, er 54 mg tab er)</i>                                                                                                                    | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)           |
| <i>methylphenidate hcl er 10 mg tab</i>                                                                                                                                                                                     | 3     | QL (120 PER 30 DAYS)          |
| <i>methylphenidate hcl er 20 mg tab</i>                                                                                                                                                                                     | 3     | QL (90 PER 30 DAYS)           |
| <i>methylphenidate hcl er(diffus) (27 mg tab er, 36 mg tab er, 54 mg tab er)</i>                                                                                                                                            | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)           |
| WEGOVY (0.25 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 0.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.5ML SOLN A-INJ)                                                                                                                                           | 3     | PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)   |
| WEGOVY (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB, 25 MG TAB)                                                                                                                                                                          | 3     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)       |
| WEGOVY (1.7 MG/0.75ML SOLN A-INJ, 2.4 MG/0.75ML SOLN A-INJ)                                                                                                                                                                 | 3     | PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)   |
| <b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER</b>                                                                                                                                                                                        |       |                               |
| AUSTEDO (6 MG TAB, 9 MG TAB, 12 MG TAB)                                                                                                                                                                                     | 5     | PA, QL (120 PER 30 DAYS)      |
| AUSTEDO XR (18 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H, 36 MG TAB ER 24H, 42 MG TAB ER 24H, 48 MG TAB ER 24H)                                                                                                                       | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)       |
| AUSTEDO XR (6 MG TAB ER 24H, 12 MG TAB ER 24H)                                                                                                                                                                              | 5     | PA, QL (90 PER 30 DAYS)       |
| AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H                                                                                                                                                                                                 | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS)       |
| AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK                                                                                                                                                                 | 5     | PA, QL (28 PER 180 OVER TIME) |
| AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 6 & 12 & 24 MG TBER THPK                                                                                                                                                                       | 5     | PA, QL (42 PER 180 OVER TIME) |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                   | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
| <i>pyridostigmine bromide (pyridostigmine bromide 30 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution)</i> | 3     |                          |
| <i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab</i>                                                                                                   | 3     |                          |
| <i>riluzole 50 mg tab</i>                                                                                                                     | 3     |                          |
| <i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>                                                                                                              | 4     | PA, QL (240 PER 30 DAYS) |
| <i>tetrabenazine 25 mg tab</i>                                                                                                                | 5     | PA, QL (120 PER 30 DAYS) |

## MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS

|                                                                  |   |                          |
|------------------------------------------------------------------|---|--------------------------|
| <i>dalfampridine er 10 mg tab 12h</i>                            | 3 | QL (60 PER 30 DAYS)      |
| <i>dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)</i>          | 3 | QL (60 PER 30 DAYS)      |
| <i>dimethyl fumarate starter pack 120 &amp; 240 mg cpdr thpk</i> | 3 | QL (60 PER 30 DAYS)      |
| <i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>                                 | 3 | QL (30 PER 30 DAYS)      |
| <i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr</i>                    | 5 | QL (30 PER 30 DAYS)      |
| <i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr</i>                    | 5 | QL (12 PER 28 OVER TIME) |
| <i>glatopa 20 mg/ml soln prsyr</i>                               | 5 | QL (30 PER 30 DAYS)      |
| <i>glatopa 40 mg/ml soln prsyr</i>                               | 5 | QL (12 PER 28 OVER TIME) |
| <i>teriflunomide (7 mg tab, 14 mg tab)</i>                       | 3 | QL (30 PER 30 DAYS)      |

## DENTAL AND ORAL AGENTS

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

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                         | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------|
| <b>DERMATOLOGICAL AGENTS</b>                                                                                                                                        |       |                              |
| <b>ACNE AND ROSACEA AGENTS</b>                                                                                                                                      |       |                              |
| <i>accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>                                                                                                                   | 3     |                              |
| <i>acitretin (10 mg cap, 25 mg cap)</i>                                                                                                                             | 4     | QL (60 PER 30 DAYS)          |
| <i>acitretin 17.5 mg cap</i>                                                                                                                                        | 4     |                              |
| <i>adapalene (0.1 % cream, 0.3 % gel)</i>                                                                                                                           | 3     | ST                           |
| ALTRENO 0.05 % LOTION                                                                                                                                               | 4     | PA, QL (45 PER 30 OVER TIME) |
| <i>amnestem (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>                                                                                                                   | 3     |                              |
| <i>amnestem 30 mg cap</i>                                                                                                                                           | 3     |                              |
| <i>azelaic acid 15 % gel</i>                                                                                                                                        | 3     | QL (50 PER 30 OVER TIME)     |
| AZELEX 20 % CREAM                                                                                                                                                   | 4     | ST                           |
| <i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>                                                                                                                      | 3     |                              |
| <i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>                                                                                                                   | 3     |                              |
| <i>claravis 30 mg cap</i>                                                                                                                                           | 3     |                              |
| <i>clindamycin phos-benzoyl perox (1.2-2.5 % gel, 1.2-5 % gel)</i>                                                                                                  | 2     |                              |
| <i>clindamycin phos-benzoyl perox 1-5 % gel</i>                                                                                                                     | 3     |                              |
| FINACEA 15 % FOAM                                                                                                                                                   | 4     |                              |
| <i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>                                                                                                               | 3     |                              |
| <i>isotretinoin 30 mg cap</i>                                                                                                                                       | 3     |                              |
| <i>tazarotene 0.1 % cream</i>                                                                                                                                       | 3     |                              |
| <i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i>                                                                                | 3     |                              |
| <i>tretinoin 0.05 % gel</i>                                                                                                                                         | 3     | ST                           |
| <i>tretinoin microsphere (tretinoin microsphere 0.04 % gel, tretinoin microsphere 0.04 % gel, tretinoin microsphere 0.1 % gel, tretinoin microsphere 0.1 % gel)</i> | 4     | ST                           |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                      | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------|
| TRETINOIN MICROSPHERE PUMP<br>(PUMP 0.04 % GEL, PUMP 0.1 % GEL)                                                                                                                                                  | 4     | ST                          |
| zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)                                                                                                                                                                       | 3     |                             |
| zenatane 30 mg cap                                                                                                                                                                                               | 3     |                             |
| <b>DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS</b>                                                                                                                                                                            |       |                             |
| ADBRY (150 MG/ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ)                                                                                                                                                              | 5     | PA, QL (6 PER 28 OVER TIME) |
| alclometasone dipropionate (alclometasone dipropionate 0.05 % ointment, alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment)                                                     | 3     |                             |
| ammonium lactate 12 % cream                                                                                                                                                                                      | 2     |                             |
| betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)                                                                                                                                        | 3     |                             |
| betamethasone dipropionate aug (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)                                                                                                                                    | 3     |                             |
| betamethasone valerate (betamethasone valerate 0.1 % cream, betamethasone valerate 0.1 % lotion, betamethasone valerate 0.1 % ointment, betamethasone valerate 0.12 % foam, betamethasone valerate 0.1 % lotion) | 3     |                             |
| clobetasol prop emollient base 0.05 % cream                                                                                                                                                                      | 3     |                             |
| clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment, 0.05 % shampoo, 0.05 % solution)                                                                                   | 3     |                             |
| clobetasol propionate 0.05 % liquid                                                                                                                                                                              | 3     | QL (125 PER 14 OVER TIME)   |
| clobetasol propionate e clobetasol propionate 0.05 % cream                                                                                                                                                       | 3     |                             |
| desonide (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)                                                                                                                                                          | 3     |                             |
| desoximetasone (0.25 % cream, 0.25 % ointment)                                                                                                                                                                   | 4     |                             |
| EUCRISA 2 % OINTMENT                                                                                                                                                                                             | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)         |
| fluocinolone acetonide 0.01 % solution                                                                                                                                                                           | 3     |                             |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>fluocinolone acetonide 0.025 % ointment</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3            |                           |
| <i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3            |                           |
| <i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 3            |                           |
| <i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3            |                           |
| <i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2            |                           |
| <i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 3            |                           |
| <i>hydrocortisone (hydrocortisone 1 % cream, hydrocortisone 1 % ointment, hydrocortisone 2.5 % cream, hydrocortisone 2.5 % ointment, hydrocortisone 2.5 % lotion, hydrocortisone 2.5 % lotion)</i>                                                                                                                                                                                               | 2            |                           |
| <i>hydrocortisone (perianal) (hydrocortisone (perianal) 1 % cream, hydrocortisone (perianal) 2.5 % cream)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2            |                           |
| <i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2            |                           |
| <i>pimecrolimus 1 % cream</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 4            | ST                        |
| <i>procto-med hc 2.5 % cream</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2            |                           |
| <i>proctosol hc 2.5 % cream</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2            |                           |
| <i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2            |                           |
| <i>tacrolimus (0.03 %, 0.1 %)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 3            | QL (100 PER 30 OVER TIME) |
| <i>triamcinolone acetonide (triamcinolone acetonide 0.025 % cream, triamcinolone acetonide 0.025 % lotion, triamcinolone acetonide 0.025 % ointment, triamcinolone acetonide 0.1 % cream, triamcinolone acetonide 0.1 % lotion, triamcinolone acetonide 0.1 % ointment, triamcinolone acetonide 0.5 % cream, triamcinolone acetonide 0.5 % ointment, triamcinolone acetonide 0.025 % lotion)</i> | 2            |                           |
| <i>triderm 0.5 % cream</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2            |                           |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                        | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
| <b>DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER</b>                                                                                                                |       |                          |
| <i>calcipotriene (calcipotriene 0.005 % ointment, calcipotriene 0.005 % solution, calcipotriene 0.005 % cream, calcipotriene 0.005 % solution)</i> | 3     |                          |
| <i>calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % ointment</i>                                                                                        | 4     |                          |
| <i>calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % suspension</i>                                                                                      | 3     |                          |
| CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT                                                                                                                       | 3     |                          |
| ENSTILAR 0.005-0.064 % FOAM                                                                                                                        | 5     |                          |
| <i>fluorouracil (fluorouracil 5 % cream, fluorouracil 2 % solution, fluorouracil 5 % solution)</i>                                                 | 3     |                          |
| HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE 1-1 % CREAM                                                                                                           | 3     |                          |
| <i>imiquimod 5 % cream</i>                                                                                                                         | 3     |                          |
| METHOXSALLEN RAPID 10 MG CAP                                                                                                                       | 5     |                          |
| PODOFILOX 0.5 % SOLUTION                                                                                                                           | 2     |                          |
| SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT                                                                                                                        | 4     |                          |
| <i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>                                                                                                               | 2     |                          |
| <i>ssd 1 % cream</i>                                                                                                                               | 2     |                          |
| VALCHLOR 0.016 % GEL                                                                                                                               | 5     | PA, QL (120 PER 30 DAYS) |
| VTAMA 1 % CREAM                                                                                                                                    | 4     | ST, QL (60 PER 30 DAYS)  |

## TOPICAL ANTI-INFECTIVES

|                                                             |   |                     |
|-------------------------------------------------------------|---|---------------------|
| <i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)</i>                 | 3 |                     |
| <i>ciclopirox 8 % solution</i>                              | 3 | NM (Non-Mail Order) |
| <i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i> | 3 |                     |
| CLEOCIN 100 MG SUPPOS                                       | 4 |                     |
| <i>clindamycin phos (once-daily) 1 % gel</i>                | 3 |                     |
| <i>clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel</i>               | 3 |                     |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                 | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------|
| <i>clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % swab, 2 % cream)</i>                              | 3     |                              |
| <i>clindamycin phosphate 1 % solution</i>                                                   | 3     |                              |
| <i>dapsone 5 % gel</i>                                                                      | 3     | ST                           |
| ERY 2 % PAD                                                                                 | 2     |                              |
| <i>erythromycin (erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % solution)</i> | 2     |                              |
| <i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>                                     | 3     |                              |
| <i>ivermectin 1 % cream</i>                                                                 | 3     | ST, QL (45 PER 30 OVER TIME) |
| <i>metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % gel, 0.75 % lotion)</i>                              | 3     |                              |
| <i>metronidazole 1 % gel</i>                                                                | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)          |
| <i>mupirocin 2 % ointment</i>                                                               | 3     |                              |
| <i>mupirocin calcium 2 % cream</i>                                                          | 3     |                              |
| <i>naftifine hcl 2 % cream</i>                                                              | 3     |                              |
| <i>permethrin 5 % cream</i>                                                                 | 3     |                              |
| SPINOSAD 0.9 % SUSPENSION                                                                   | 4     |                              |
| <i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>                                              | 3     |                              |
| VANDAZOLE 0.75 % GEL                                                                        | 3     |                              |

## ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

### ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT

|                                    |   |  |
|------------------------------------|---|--|
| ALTRIXA OB 15-0.4-0.6 MG TAB       | 3 |  |
| ATABEX EC AEX 29-1 MG DR           | 3 |  |
| AZENTRA 13-1 MG TAB                | 3 |  |
| AZESCO 13-1 MG TAB                 | 3 |  |
| C-NATE DHA 28-1-200 MG CAP         | 3 |  |
| CITRANATAL 90 DHA -1 & 300 MG MISC | 3 |  |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                          | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>             |
|---------------------------------------------|--------------|---------------------------------------|
| CITRANATAL ASSURE 35-1 & 300 MG MISC        | 3            |                                       |
| CITRANATAL B-CALM 20-1 MG & 2 X 25 MG MISC  | 3            |                                       |
| CITRANATAL DHA 27-1 & 250 MG MISC           | 3            |                                       |
| CITRANATAL HARMONY 27-1-260 MG CAP          | 3            |                                       |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) % SOLUTION     | 3            | HI, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) % SOLUTION    | 3            | HI, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) % SOLUTION     | 3            | HI, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) % SOLUTION       | 3            | HI, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) (/20) % SOLUTION | 3            | HI, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) % SOLUTION       | 3            | (Route to BVSD with an AWD note.)     |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) (/14) % SOLUTION | 3            | (Route to BVSD with an AWD note.)     |
| CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) % SOLUTION      | 3            | HI, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) % SOLUTION       | 3            | HI, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) % SOLUTION         | 3            | HI, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) (/20) % SOLUTION   | 3            | HI, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) (/5) % SOLUTION     | 3            | (Route to BVSD with an AWD note.)     |
| CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) % SOLUTION         | 3            | (Route to BVSD with an AWD note.)     |
| CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) (/14) % SOLUTION   | 3            | (Route to BVSD with an AWD note.)     |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------|
| <i>clinisol sf 15 % solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2     | HI, (Route to BVSD with an AWD note.)                                |
| CO-NATAL FA TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 3     |                                                                      |
| COMPLETE NATAL DHA 29-1-200 & 200 MG MISC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3     |                                                                      |
| COMPLETENATE 29-1 MG CHEW TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 3     |                                                                      |
| DERMACINRX PNV PRENATOL 27-1 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3     |                                                                      |
| DERMACINRX PRETRATE 1 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 3     |                                                                      |
| <i>dextrose (dextrose 10 % solution, dextrose 10 % solution)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B) |
| DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2     |                                                                      |
| <i>dextrose-sodium chloride (dextrose-sodium chloride 5-0.225 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution)</i> | 2     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B) |
| DUET DHA 400 25-1 & MG MISC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3     |                                                                      |
| DUET DHA BALANCED 25-1 & 267 MG MISC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 3     |                                                                      |
| EMBRIVA 13-1 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3     |                                                                      |
| FOLATEXCEL 20-1 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3     |                                                                      |
| GESTYRA 13-1 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3     |                                                                      |
| INATAL GT TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 3     |                                                                      |
| ISOLYTE-P IN D5W INSOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B) |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------|
| ISOLYTE-S PH 7.4 SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B) |
| <i>kcl in dextrose-nacl (kcl in dextrose-nacl 10-5-0.45 meq/l-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.45 meq/l-% solution, kcl in dextrose-nacl 10-5-0.45 meq/l-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.2 meq/l-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.45 meq/l-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.225 meq/l-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-% solution, kcl in dextrose-nacl 30-5-0.45 meq/l-% solution, kcl in dextrose-nacl 30-5-0.45 meq/l-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.9 meq/l-% solution)</i> | 2     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B) |
| KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B) |
| <i>klor-con (klor-con 8 meq tab er, klor-con 20 meq packet, klor-con 8 meq tab er)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3     |                                                                      |
| <i>klor-con 10 (klor-con 10 10 meq tab er, klor-con 10 10 meq tab er)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3     |                                                                      |
| <i>klor-con m10 meq tab er</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3     |                                                                      |
| <i>klor-con m15 meq tab er</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 4     |                                                                      |
| <i>klor-con m20 meq tab er</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3     |                                                                      |
| KOSHER PRENATAL PLUS IRON 30-1 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3     |                                                                      |
| M-NATAL PLUS 27-1 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 3     |                                                                      |
| <i>magnesium sulfate (magnesium sulfate 50 % solution, magnesium sulfate 50 % solution)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B) |
| MATERNACEL 20-1 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3     |                                                                      |
| MATERVIA 0.5 MG CAP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 3     |                                                                      |
| MATRIAPRO 29-1 MG CHEW TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 3     |                                                                      |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                    | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                   |
|------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------|
| MATRONEX 27-1 MG TAB                           | 3     |                                                                      |
| MULTI-MAC 15-0.75-1 MG TAB                     | 3     |                                                                      |
| MULTIPLE ELECTRO TYPE 1 PH 5.5 SOLUTION        | 3     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B) |
| <i>multiple electro type 1 ph 7.4 solution</i> | 3     |                                                                      |
| <i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>          | 2     |                                                                      |
| NATACHEW NATA28-1 MG TAB                       | 3     |                                                                      |
| NATAL PNV 6-0.5 MG TAB                         | 3     |                                                                      |
| NATALCHEW 29-1 MG TAB                          | 3     |                                                                      |
| NATALCORE 29-1 MG CHEW TAB                     | 3     |                                                                      |
| NATALVIT TAB                                   | 3     |                                                                      |
| NEO-VITAL RX 1 MG TAB                          | 3     |                                                                      |
| NEOMATERNA 20-1 MG TAB                         | 3     |                                                                      |
| NEONATAL + DHA 29-1 & 200 MG MISC              | 3     |                                                                      |
| NEONATAL COMPLETE (27-1 MG TAB, 29-1 MG TAB)   | 3     |                                                                      |
| NEONATAL PLUS 27-1 MG TAB                      | 3     |                                                                      |
| NESTABS DHA 32-1 MG MISC                       | 3     |                                                                      |
| NESTABS NESS 32-1 MG                           | 3     |                                                                      |
| NIVA-PLUS 27-1 MG TAB                          | 3     |                                                                      |
| NOVYRA 1 MG TAB                                | 3     |                                                                      |
| NUTRILIPID 20 % EMULSION                       | 3     | HI, (Route to BVSD with an AWD note.)                                |
| OB COMPLETE ONE 50-1-476 MG CAP                | 3     |                                                                      |
| OB COMPLETE PETITE 35-5-1-200 MG CAP           | 3     |                                                                      |
| OB COMPLETE PREMIER 30-20-1 MG TAB             | 3     |                                                                      |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                            | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------|
| OB COMPLETE/DHA 30-10-1-200 MG CAP                                                                                                                                                                                                                                                     | 3     |                                                                      |
| OBSTETRIX EC (WITH DOCUSATE) 29-1 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                               | 3     |                                                                      |
| ONE VITE WOMENS PLUS 27-1 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                       | 3     |                                                                      |
| ONENATAL RX 1 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3     |                                                                      |
| PLASMA-LYTE 148 SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                               | 3     | HI                                                                   |
| PLASMA-LYTE 148 SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                               | 3     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B) |
| PLASMA-LYTE A SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B) |
| <i>plenamine 15 % solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                         | 2     | HI, (Route to BVSD with an AWD note.)                                |
| PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                            | 3     |                                                                      |
| PNV PRENATAL PLUS MULTIVIT+DHA 27-1 & 312 MG MISC                                                                                                                                                                                                                                      | 3     |                                                                      |
| PNV TABS 20-1 S MG                                                                                                                                                                                                                                                                     | 3     |                                                                      |
| PNV-DHA+DOCUSATE 27-1.25-300 MG CAP                                                                                                                                                                                                                                                    | 3     |                                                                      |
| PNV-SELECT 27-0.6-0.4 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                           | 3     |                                                                      |
| <i>potassium chloride (10 %, 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%))</i>                                                                                                                                                                                                                 | 3     | (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B)     |
| <i>potassium chloride (potassium chloride 20 meq/100ml solution, potassium chloride 40 meq/100ml solution, potassium chloride 20 meq/100ml solution, potassium chloride 40 meq/100ml solution, potassium chloride 10 meq/100ml solution, potassium chloride 10 meq/100ml solution)</i> | 3     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B) |
| <i>potassium chloride 2 meq/ml solution</i>                                                                                                                                                                                                                                            | 3     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B) |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------|
| <i>potassium chloride 20 meq packet</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3     |                                                                      |
| <i>potassium chloride crys er (er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1     |                                                                      |
| <i>potassium chloride er (potassium chloride er 8 meq cap er, potassium chloride er 8 meq tab er, potassium chloride er 10 meq cap er, potassium chloride er 15 meq tab er, potassium chloride er 10 meq tab er, potassium chloride er 20 meq tab er)</i>                                                                                                    | 1     |                                                                      |
| <i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B) |
| <i>potassium chloride in nacl (potassium chloride in nacl 20-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 20-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 20-0.45 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 40-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 20-0.45 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 40-0.9 meq/l-% solution)</i> | 3     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B) |
| <i>potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)</i>                                                                                                                                                                                                                                                           | 3     |                                                                      |
| POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B) |
| PREGEN DHA 28-1-35 MG CAP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 3     |                                                                      |
| PREGENNA 20-1 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3     |                                                                      |
| PREMASOL 10 % SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3     | HI, (Route to BVSD with an AWD note.)                                |
| PRENA 1 TRUE 30-.4 & 300 MG MISC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 3     |                                                                      |
| PRENA1 1.4 MG CHEW TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3     |                                                                      |
| PRENA1 PEARL 30-1.4-200 MG CAP ER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 3     |                                                                      |
| PRENACORE 29-1 MG CHEW TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3     |                                                                      |
| PRENAISSANCE 29-1.25-325 MG CAP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3     |                                                                      |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                             | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>             |
|----------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------|
| PRENAISSANCE PLUS 28-1-250 MG CAP                              | 3            |                                       |
| PRENATAL 19 (19 CHEW TAB, 19 29-1 MG CHEW TAB, 19 29-1 MG TAB) | 3            |                                       |
| PRENATAL 27-1 MG TAB                                           | 3            |                                       |
| PRENATAL PLUS 27-1 MG TAB                                      | 3            |                                       |
| PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL 27-1 MG TAB                      | 3            |                                       |
| PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON 27-1 MG TAB                     | 3            |                                       |
| PRENATE DHA 18-0.6-0.4-300 MG CAP                              | 3            |                                       |
| PRENATE ELITE 20-0.6-0.4 MG TAB                                | 3            |                                       |
| PRENATE ENHANCE 28-0.6-0.4-400 MG CAP                          | 3            |                                       |
| PRENATE MINI 18-0.6-0.4-350 MG CAP                             | 3            |                                       |
| PRENATE PIXIE 10-0.6-0.4-200 MG CAP                            | 3            |                                       |
| PRENATE RESTORE 27-0.6-0.4-400 MG CAP                          | 3            |                                       |
| PRENATRIX 27-1 MG TAB                                          | 3            |                                       |
| PRENATRYL 27-1 MG TAB                                          | 3            |                                       |
| PRENATVITE COMPLETE 1 MG TAB                                   | 3            |                                       |
| PRENATVITE PLUS 1 MG TAB                                       | 3            |                                       |
| PRENATVITE RX 0.8 MG TAB                                       | 3            |                                       |
| PRENOVA 0.8 MG TAB                                             | 3            |                                       |
| PRENYRA 1 MG TAB                                               | 3            |                                       |
| PRIMACARE 30-1-470 MG CAP                                      | 3            |                                       |
| PROSOL 20 % SOLUTION                                           | 3            | HI, (Route to BVSD with an AWD note.) |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------|
| PROVIDA OB 20-20-1.25 MG CAP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3     |                                                                      |
| RELEVIA 27-1 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 3     |                                                                      |
| SE-NATAL 19 (19 29-1 MG CHEW TAB, 19 29-1 MG TAB)                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 3     |                                                                      |
| SELECT-OB (29-0.6-0.4 MG CHEW TAB, 29-1 MG CHEW TAB)                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3     |                                                                      |
| SELECT-OB+DHA 29-1 & 250 MG MISC                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 3     |                                                                      |
| <i>sodium chloride (0.45 %, 3 %, 5 %)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2     | HI, (Route to BVSD with an AWD note.)                                |
| <i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2     | HI, (Route to BVSD with an AWD note.)                                |
| SODIUM CHLORIDE 0.9 % SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2     | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                               |
| <i>sodium chloride 0.9 % solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2     | BVD, HI, (Route to BVSD with an AWD note.)                           |
| SODIUM FLUORIDE (SODIUM FLUORIDE 0.55 (0.25 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 0.55 (0.25 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 1.1 (0.5 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 2.2 (1 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 1.1 (0.5 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 1.1 (0.5 F) MG TAB, SODIUM FLUORIDE 2.2 (1 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 2.2 (1 F) MG TAB) | 2     |                                                                      |
| THRIVITE RX 29-1 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3     |                                                                      |
| TPN ELECTROLYTES CONC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2     | HI, (Part of Part C Home Infusion Bundle-Will pay 100% under Part B) |
| TRAVASOL 10 % SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3     | HI, (Route to BVSD with an AWD note.)                                |
| TRICARE TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3     |                                                                      |
| TRINATAL RX 1 60-MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3     |                                                                      |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                 | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>             |
|----------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------|
| TRINATE TAB                                        | 3            |                                       |
| TRISTART DHA 31-0.6-0.4-200 MG CAP                 | 3            |                                       |
| TROPHAMINE 10 % SOLUTION                           | 3            | HI, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| VINATE II 29-1 MG TAB                              | 3            |                                       |
| VINATE ONE 60-1 MG TAB                             | 3            |                                       |
| VIRT-NATE DHA 28-1-200 MG CAP                      | 3            |                                       |
| VITAFOL FE+ 90-0.6-0.4-200 MG CAP                  | 3            |                                       |
| VITAFOL GUMMIES 3.33-0.333-34.8 MG CHEW TAB        | 3            |                                       |
| VITAFOL ULTRA 29-0.6-0.4-200 MG CAP                | 3            |                                       |
| VITAFOL-NANO 18-0.6-0.4 MG TAB                     | 3            |                                       |
| VITAFOL-OB TAB                                     | 3            |                                       |
| VITAFOL-OB+DHA 65-1 & 250 MG MISC                  | 3            |                                       |
| VITAFOL-ONE 29-1-200 MG CAP                        | 3            |                                       |
| VITALARA 20-1 MG TAB                               | 3            |                                       |
| VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC 30-0.6-0.4-200 MG CAP | 3            |                                       |
| VITAMEDMD REDICHEW RX 1.4 MG TAB                   | 3            |                                       |
| VITAPEARL 30-1.4-200 MG CAP ER                     | 3            |                                       |
| VITATHELY WITH GINGER 27-1 MG TAB                  | 3            |                                       |
| VITATRUE 30-1.4 & 300 MG MISC                      | 3            |                                       |
| VIVA DHA 28-1-200 MG CAP                           | 3            |                                       |
| WESNATAL DHA COMPLETE 29-1-200 & 200 MG MISC       | 3            |                                       |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                           | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
| WESNATE DHA 28-1-200 MG CAP                                                                                                           | 3     |                          |
| WESTAB PLUS WES27-1 MG                                                                                                                | 3     |                          |
| WESTGEL DHA 31-0.6-0.4-200 MG CAP                                                                                                     | 3     |                          |
| ZALVIT 13-1 MG TAB                                                                                                                    | 3     |                          |
| ZIPHEX 13-1 MG TAB                                                                                                                    | 3     |                          |
| <b>ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS</b>                                                                                            |       |                          |
| CHEMET 100 MG CAP                                                                                                                     | 4     |                          |
| <i>deferasirox (90 mg packet, 180 mg packet, 360 mg packet)</i>                                                                       | 5     | PA, QL (120 PER 30 DAYS) |
| <i>deferasirox 125 mg tab sol</i>                                                                                                     | 4     | QL (720 PER 30 DAYS)     |
| <i>deferasirox 180 mg tab</i>                                                                                                         | 5     | QL (450 PER 30 DAYS)     |
| <i>deferasirox 250 mg tab sol</i>                                                                                                     | 5     | PA, QL (360 PER 30 DAYS) |
| <i>deferasirox 360 mg tab</i>                                                                                                         | 3     | QL (120 PER 30 DAYS)     |
| <i>deferasirox 500 mg tab sol</i>                                                                                                     | 5     | PA, QL (180 PER 30 DAYS) |
| <i>deferasirox 90 mg tab</i>                                                                                                          | 4     | QL (240 PER 30 DAYS)     |
| <i>deferasirox granules (90 mg packet, 180 mg packet, 360 mg packet)</i>                                                              | 5     | PA, QL (120 PER 30 DAYS) |
| <i>deferiprone (500 mg tab, 1000 mg tab)</i>                                                                                          | 5     |                          |
| FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION                                                                                                          | 5     | QL (2970 PER 30 DAYS)    |
| <i>penicillamine 250 mg tab</i>                                                                                                       | 5     |                          |
| <i>tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 &amp; 15 mg tab thpk, 45 &amp; 15 mg tab thpk, 60 &amp; 30 mg tab thpk, 90 &amp; 30 mg tab thpk)</i> | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>tolvaptan (15 mg tab, 30 mg tab)</i>                                                                                               | 5     | PA, QL (120 PER 30 DAYS) |
| <i>tolvaptan (hyponatremia) (15 mg tab, 30 mg tab)</i>                                                                                | 5     | PA, QL (120 PER 30 DAYS) |
| TRIENTINE HCL (TRIENTINE HCL 250 MG CAP, TRIENTINE HCL 500 MG CAP)                                                                    | 5     | PA                       |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                               | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------|
| <b>PHOSPHATE BINDERS</b>                                                                                                                  |       |                                          |
| <i>calcium acetate (phos binder) (667 mg cap, 667 mg tab)</i>                                                                             | 3     | (ESRD)                                   |
| <i>calcium acetate 667 mg tab</i>                                                                                                         | 3     | (ESRD)                                   |
| <i>lanthanum carbonate (500 mg chew tab, 750 mg chew tab, 1000 mg chew tab)</i>                                                           | 4     | (ESRD)                                   |
| <i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>                                                                                                     | 4     | (ESRD), (ESRD benefits and rules apply.) |
| <i>sevelamer hcl (400 mg tab, 800 mg tab)</i>                                                                                             | 4     | (ESRD)                                   |
| VELPHORO 500 MG CHEW TAB                                                                                                                  | 5     | PA, QL (180 PER 30 DAYS), (ESRD)         |
| <b>POTASSIUM BINDERS</b>                                                                                                                  |       |                                          |
| <i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>                                                                                                       | 3     |                                          |
| LOKELMA 10 GM PACKET                                                                                                                      | 3     | QL (90 PER 30 DAYS)                      |
| LOKELMA 5 GM PACKET                                                                                                                       | 3     | QL (30 PER 30 DAYS)                      |
| <i>sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml suspension</i>                                                                                 | 3     |                                          |
| <i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>                                                                                                | 3     |                                          |
| SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION, SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION) | 3     |                                          |
| VELTASSA (8.4 GM PACKET, 16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET)                                                                                  | 4     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                  |
| VELTASSA 1 GM PACKET                                                                                                                      | 4     | PA, QL (120 PER 30 DAYS)                 |
| <b>GASTROINTESTINAL AGENTS</b>                                                                                                            |       |                                          |
| <b>ANTI-CONSTIPATION AGENTS</b>                                                                                                           |       |                                          |
| <i>constulose 10 gm/15ml solution</i>                                                                                                     | 2     |                                          |
| <i>enulose 10 gm/15ml solution</i>                                                                                                        | 2     |                                          |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                               | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES  |
|---------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------|
| <i>generlac 10 gm/15ml solution</i>                                       | 3     |                     |
| <i>kristalose 10 gm packet</i>                                            | 2     |                     |
| <i>lactulose (10 gm packet, 10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i> | 2     |                     |
| <i>lactulose 20 gm packet</i>                                             | 2     |                     |
| <i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>                       | 2     |                     |
| LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)                            | 3     | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)</i>                               | 2     | QL (60 PER 30 DAYS) |
| MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)                                         | 3     | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>prucalopride succinate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>                        | 3     | QL (30 PER 30 DAYS) |
| SYMPROIC 0.2 MG TAB                                                       | 3     | QL (30 PER 30 DAYS) |

## ANTI-DIARRHEAL AGENTS

|                                                |   |                         |
|------------------------------------------------|---|-------------------------|
| <i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>    | 4 | QL (60 PER 30 DAYS)     |
| <i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i> | 4 |                         |
| DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID | 4 |                         |
| <i>loperamide hcl 2 mg cap</i>                 | 3 |                         |
| XERMELO 250 MG TAB                             | 5 | PA, QL (90 PER 30 DAYS) |

## ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL

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

## GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER

|                                                        |   |                                                                           |
|--------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------|
| <i>bis subcit-metronid-tetracyc 140-125-125 mg cap</i> | 4 | QL (120 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |
|--------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------|

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                    | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------|
| <i>bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap</i>                                                                                       | 4     | QL (120 PER 30 DAYS), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |
| CHENODAL 250 MG TAB                                                                                                                            | 5     |                                                                           |
| CLENPIQ 10-3.5-12 MG-GM - GM/175ML SOLUTION                                                                                                    | 3     |                                                                           |
| GATTEX 5 MG KIT                                                                                                                                | 5     | PA                                                                        |
| GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN                                                                                                                   | 2     |                                                                           |
| <i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>                                                                                                            | 2     |                                                                           |
| <i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>                                                                                           | 2     |                                                                           |
| GENOTROPIN (5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE)                                                                                                   | 5     | PA, (Excluded from Auto Extension)                                        |
| GENOTROPIN MINIQUEL (0.4 MG PRSYR, 0.6 MG PRSYR, 0.8 MG PRSYR, 1 MG PRSYR, 1.2 MG PRSYR, 1.4 MG PRSYR, 1.6 MG PRSYR, 1.8 MG PRSYR, 2 MG PRSYR) | 5     | PA, (Excluded from Auto Extension)                                        |
| GENOTROPIN MINIQUEL 0.2 MG PRSYR                                                                                                               | 4     | PA, (Excluded from Auto Extension)                                        |
| <i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>                                                                                                  | 2     |                                                                           |
| <i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>                                                                            | 3     |                                                                           |
| OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN, 10 MG/1.5ML SOLN CART)                                                                     | 5     | PA, (Excluded from Auto Extension)                                        |
| <i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>                                                                                           | 2     |                                                                           |
| <i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>                                                                                                 | 2     |                                                                           |
| <i>peg-3350/electrolytes/ascorbat 100 gm recon soln</i>                                                                                        | 3     |                                                                           |
| <i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 100 gm recon soln</i>                                                                                          | 3     |                                                                           |
| REZDIFFRA (60 MG TAB, 80 MG TAB, 100 MG TAB)                                                                                                   | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                                   |
| <i>sucrafate 1 gm tab</i>                                                                                                                      | 2     |                                                                           |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                             | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                                 |
|---------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>sucralfate 1 gm/10ml suspension</i>                  | 3     |                                                                                    |
| SUFLAVE 178.7 GM RECON SOLN                             | 3     |                                                                                    |
| SUPREP BOWEL PREP KIT SU17.5-3.13-1.6 GM/177ML SOLUTION | 3     |                                                                                    |
| SUTAB SU1479-225-188 MG                                 | 3     |                                                                                    |
| <i>ursodiol (250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab)</i>    | 3     |                                                                                    |
| VOWST CAP                                               | 5     | ST, QL (12 PER 180 OVER TIME), NM (Non-Mail Order), (Excluded from Auto Extension) |

## HISTAMINE-2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS

|                                                                    |   |  |
|--------------------------------------------------------------------|---|--|
| <i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i> | 2 |  |
| <i>famotidine 20 mg tab</i>                                        | 2 |  |
| <i>famotidine 40 mg tab</i>                                        | 2 |  |
| <i>famotidine 40 mg/5ml recon susp</i>                             | 3 |  |
| NIZATIDINE (NIZATIDINE 150 MG CAP, NIZATIDINE 300 MG CAP)          | 2 |  |

## PROTON PUMP INHIBITORS

|                                                              |   |                     |
|--------------------------------------------------------------|---|---------------------|
| <i>esomeprazole magnesium (20 mg cap dr, 40 mg cap dr)</i>   | 2 |                     |
| <i>lansoprazole (15 mg cap dr, 30 mg cap dr)</i>             | 2 |                     |
| <i>omeprazole (10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr)</i> | 2 |                     |
| <i>pantoprazole sodium (20 mg tab dr, 40 mg tab dr)</i>      | 2 |                     |
| <i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>                       | 3 | QL (60 PER 30 DAYS) |

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

|                         |   |                          |
|-------------------------|---|--------------------------|
| AQNEURSA 1 GM PACKET    | 5 | PA, QL (120 PER 30 DAYS) |
| ATTRUBY 356 MG TAB THPK | 5 | PA, QL (120 PER 30 DAYS) |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                  | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------|
| <i>betaine powder</i>                                                                                                        | 5     |                                                         |
| <i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>                                                                                         | 5     | PA                                                      |
| CHOLBAM (50 MG CAP, 250 MG CAP)                                                                                              | 5     | PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)                            |
| CREON (3000-9500 CP DR PART, 6000-19000 CP DR PART, 12000-38000 CP DR PART, 24000-76000 CP DR PART, 36000-114000 CP DR PART) | 3     |                                                         |
| <i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>                                                                                       | 3     |                                                         |
| CYSTAGON (50 MG CAP, 150 MG CAP)                                                                                             | 4     | PA                                                      |
| <i>dichlorphenamide 50 mg tab</i>                                                                                            | 5     | PA, QL (120 PER 30 DAYS)                                |
| <i>L-glutamine 5 gm packet</i>                                                                                               | 5     | PA, QL (180 PER 30 DAYS)                                |
| MYALEPT 11.3 MG RECON SOLN                                                                                                   | 5     | PA, QL (67.8 PER 30 DAYS)                               |
| <i>nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 20 mg cap)</i>                                                                 | 5     | PA, QL (600 PER 30 DAYS)                                |
| ORFADIN 4 MG/ML SUSPENSION                                                                                                   | 5     | PA, QL (1500 PER 30 DAYS)                               |
| PALYNZIQ (2.5 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 10 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 20 MG/ML SOLN PRSYR)                                              | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension) |
| PROLASTIN-C 1000 MG/20ML SOLUTION                                                                                            | 5     | PA, (Route to BVSD with an AWD note.)                   |
| PYRUKYND (5 MG TAB, 20 MG TAB, 50 MG TAB)                                                                                    | 5     | PA, QL (56 PER 28 DAYS), (Excluded from Auto Extension) |
| PYRUKYND TAPER PACK (PACK 5 MG TAB THPK, PACK 7 20 MG & 7 5 MG TAB THPK, PACK 7 50 MG & 7 20 MG TAB THPK)                    | 5     | PA, QL (56 PER 28 DAYS), (Excluded from Auto Extension) |
| REVCovi 2.4 MG/1.5ML SOLUTION                                                                                                | 5     | PA                                                      |
| <i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>                                                | 5     | PA                                                      |
| <i>sodium phenylbutyrate 3 gm/tsp powder</i>                                                                                 | 5     |                                                         |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                             | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------|
| ZENPEP (3000-10000 CP DR PART, 5000-24000 CP DR PART, 10000-32000 CP DR PART, 15000-47000 CP DR PART, 20000-63000 CP DR PART, 25000-79000 CP DR PART, 40000-126000 CP DR PART, 60000-189600 CP DR PART) | 3     |                    |

## GENITOURINARY AGENTS

### GENITOURINARY AGENTS, OTHER

|                                                                                  |   |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------|
| <i>alfuzosin hcl er 10 mg tab 24h</i>                                            | 2 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>bethanechol chloride (5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>          | 2 |                      |
| <i>darifenacin hydrobromide er (er 7.5 mg tab er, er 15 mg tab er)</i>           | 3 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>dutasteride 0.5 mg cap</i>                                                    | 2 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>                                 | 3 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| ELMIRON 100 MG CAP                                                               | 4 |                      |
| <i>fesoterodine fumarate er (er 4 mg tab er, er 8 mg tab er)</i>                 | 4 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>finasteride 5 mg tab</i>                                                      | 1 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>flavoxate hcl 100 mg tab</i>                                                  | 2 |                      |
| INTRAROSA 6.5 MG INSERT                                                          | 4 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>mirabegron er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er)</i>                          | 3 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>mirabegron er 8 mg/ml sr</i>                                                  | 3 | QL (300 PER 30 DAYS) |
| <i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>                                              | 2 | QL (120 PER 30 DAYS) |
| <i>oxybutynin chloride 5 mg/5ml solution</i>                                     | 2 | QL (473 PER 23 DAYS) |
| <i>oxybutynin chloride er (er 5 mg tab er, er 10 mg tab er, er 15 mg tab er)</i> | 2 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| PHEXX 1.8-1-0.4 % GEL                                                            | 4 |                      |
| <i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>                                            | 2 | QL (30 PER 30 DAYS)  |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                     | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES      |
|-----------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|
| <i>solifenacin succinate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>              | 2     | QL (30 PER 30 DAYS)     |
| <i>tadalafil 5 mg tab</i>                                       | 3     | PA, QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>                                | 1     | QL (60 PER 30 DAYS)     |
| <i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>                | 2     | QL (60 PER 30 DAYS)     |
| <i>tolterodine tartrate er (er 2 mg cap er, er 4 mg cap er)</i> | 3     | QL (30 PER 30 DAYS)     |
| <i>tropium chloride 20 mg tab</i>                               | 2     | QL (60 PER 30 DAYS)     |
| <i>tropium chloride er 60 mg cap 24h</i>                        | 3     | QL (30 PER 30 DAYS)     |

## HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

|                                                                                                    |   |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------|
| <i>budesonide 3 mg cp dr part</i>                                                                  | 3 |                         |
| <i>budesonide er 9 mg tab 24h</i>                                                                  | 5 | ST, QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i> | 2 |                         |
| DEXAMETHASONE 0.5 MG/5ML SOLUTION                                                                  | 2 |                         |
| <i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>                                                          | 2 |                         |
| HEMADY 20 MG TAB                                                                                   | 4 | PA, QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                             | 2 |                         |
| <i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>                                                            | 3 |                         |
| <i>methylprednisolone (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>                               | 2 |                         |
| <i>methylprednisolone 4 mg tab thpk</i>                                                            | 2 |                         |
| <i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>                                                             | 3 |                         |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------|
| <i>prednisolone sodium phosphate (prednisolone sodium phosphate 5 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 10 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 10 mg tab disp, prednisolone sodium phosphate 15 mg tab disp, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 30 mg tab disp, prednisolone sodium phosphate 6.7 (5 base) mg/5ml solution)</i> | 3     |                                                                 |
| <i>prednisolone sodium phosphate 20 mg/5ml solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 3     |                                                                 |
| PREDNISONE (1 MG TAB DR, 2 MG TAB DR, 5 MG TAB DR)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 4     |                                                                 |
| <i>prednisone (1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1     |                                                                 |
| PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2     |                                                                 |
| PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2     |                                                                 |
| TARPEYO 4 MG CAP DR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 5     | PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS),<br>(Excluded from Auto Extension) |

## HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

|                                                      |   |                                    |
|------------------------------------------------------|---|------------------------------------|
| <i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i> | 3 |                                    |
| <i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i> | 3 |                                    |
| INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION                          | 5 | PA, (Excluded from Auto Extension) |

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

### ANDROGENS

|                                                    |   |  |
|----------------------------------------------------|---|--|
| <i>danazol (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i> | 4 |  |
|----------------------------------------------------|---|--|

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                      | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------|
| <i>testosterone (testosterone 1.62 % gel, testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel, testosterone 20.25 mg/act (1.62%) gel, testosterone 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel, testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel)</i> | 3     | PA, QL (150 PER 30 DAYS)     |
| <i>testosterone (testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 25 mg/2.5gm (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel, testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel)</i>                  | 3     | PA, QL (300 PER 30 DAYS)     |
| <i>testosterone cypionate (100 mg/ml, 200 mg/ml)</i>                                                                                                                                                             | 3     | PA                           |
| TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION                                                                                                                                                                        | 3     | PA, QL (10 PER 28 OVER TIME) |
| <b>ESTROGENS</b>                                                                                                                                                                                                 |       |                              |
| <i>abigale 1-0.5 mg tab</i>                                                                                                                                                                                      | 3     |                              |
| <i>abigale lo 0.5-0.1 mg tab</i>                                                                                                                                                                                 | 3     |                              |
| <i>amabelz 0.5-0.1 mg tab</i>                                                                                                                                                                                    | 3     |                              |
| <i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                                                                                                   | 2     |                              |
| ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB                                                                                                                                                                                 | 2     |                              |
| <i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>                                                                                                                                                                                  | 2     |                              |
| <i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>                                                                                                                                                                     | 2     |                              |
| <i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>                                                                                                                                                                                 | 2     |                              |
| <i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                                                                                       | 2     |                              |
| <i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>                                                                                                                                                                                | 2     |                              |
| <i>cryselle 0.3-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                                                                                                | 2     |                              |
| <i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                                                                                             | 2     |                              |
| DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL                                                                                                                                                                                       | 4     |                              |
| <i>desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>                                                                                                                                                | 2     |                              |
| <i>dolishale 90-20 mcg tab</i>                                                                                                                                                                                   | 2     |                              |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <i>dotti (0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>                                                                                                                                                          | 3            |                                                                                   |
| <i>dotti 0.025 mg/24hr patch tw</i>                                                                                                                                                                                                                                  | 3            |                                                                                   |
| <i>drospiren-eth estrad-levomefol 3-0.02-0.451 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                            | 2            |                                                                                   |
| <i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                 | 2            |                                                                                   |
| <i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>                                                                                                                                                                                                                               | 3            | QL (1 PER 28 OVER TIME),<br>(Only covered for Endometrial Hyperplasia, CPT 58999) |
| <i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr</i>                                                                                                                                                                                                                                 | 3            | QL (1 PER 28 OVER TIME),<br>(Only covered for Endometrial Hyperplasia, CPT 58999) |
| <i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                  | 2            |                                                                                   |
| <i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.025 mg/24hr patch wk)</i>                                                                                                                                                                                                    | 3            |                                                                                   |
| <i>estradiol (0.0375 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch wk, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i> | 3            |                                                                                   |
| <i>estradiol 0.01 % cream</i>                                                                                                                                                                                                                                        | 3            | QL (127.5 PER 30 OVER TIME)                                                       |
| <i>estradiol 10 mcg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                          | 3            | QL (30 PER 30 DAYS)                                                               |
| <i>estradiol-norethindrone acet (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                   | 3            |                                                                                   |
| <i>estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)</i>                                                                                                                                                                         | 3            | QL (30 PER 30 DAYS)                                                               |
| <i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)</i>                                                                                                                                                                                                            | 2            |                                                                                   |
| <i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>                                                                                                                                                                                                        | 2            | QL (1 PER 28 OVER TIME),<br>(Only covered for Endometrial Hyperplasia, CPT 58999) |
| <i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                                                                                                                                               | 2            |                                                                                   |
| <i>feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                   | 2            |                                                                                   |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                               | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>   |
|------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|
| FEMRING (0.05 MG/24HR RING, 0.1 MG/24HR RING)                    | 4            | ST, QL (1 PER 90 OVER TIME) |
| <i>fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>                            | 3            |                             |
| <i>hailey 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>                            | 2            |                             |
| <i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                            | 2            |                             |
| <i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>                                  | 2            | QL (91 PER 91 DAYS)         |
| <i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>                                | 2            | QL (91 PER 91 DAYS)         |
| <i>jaimiess 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>                      | 2            |                             |
| <i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>                                     | 2            |                             |
| <i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>                                    | 3            |                             |
| <i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                            | 2            |                             |
| <i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                | 2            |                             |
| <i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                         | 2            |                             |
| <i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                             | 2            |                             |
| <i>junel fe 24 1-20 mg-mcg() tab</i>                             | 2            |                             |
| <i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>                       | 2            |                             |
| <i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>                               | 2            |                             |
| <i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>                                 | 2            |                             |
| <i>levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>                      | 2            |                             |
| <i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i> | 2            |                             |
| <i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i> | 2            |                             |
| <i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 mg tab</i>            | 2            | QL (91 PER 91 DAYS)         |
| <i>levonorgestrel-ethinyl estrad 90-20 mcg tab</i>               | 2            |                             |
| <i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>                    | 2            |                             |
| LO LOESTRIN FE ESTRIN 1 MG-10 MCG / 10 MCG TAB                   | 4            |                             |
| <i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>                    | 4            |                             |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                            | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>                                                                     | 4            |                           |
| <i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                                   | 4            |                           |
| <i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                                       | 4            |                           |
| <i>loryna 3-0.02 mg tab</i>                                                                                   | 2            |                           |
| <i>luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                                        | 2            |                           |
| <i>luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                                            | 2            |                           |
| <i>lyllana (0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i> | 3            |                           |
| <i>lyllana 0.025 mg/24hr patch tw</i>                                                                         | 3            |                           |
| <i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                                            | 2            |                           |
| <i>merzee 1-20 mg-mcg(24) cap</i>                                                                             | 2            |                           |
| <i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                                   | 2            |                           |
| <i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                                       | 2            |                           |
| <i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                                | 2            |                           |
| <i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                                    | 2            |                           |
| <i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>                                                                                | 2            |                           |
| <i>mimvey 1-0.5 mg tab</i>                                                                                    | 3            |                           |
| <b>MYFEMBREE 40-1-0.5 MG TAB</b>                                                                              | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)   |
| <i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>                                                                    | 2            |                           |
| <i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>                                                  | 2            | QL (4 PER 28 OVER TIME)   |
| <i>norethin ace-eth estrad-fe 1-20 mg-mcg tab</i>                                                             | 2            |                           |
| <i>norethindron-ethinyl estrad-fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>                                               | 2            |                           |
| <i>norethindrone acet-ethinyl est 1-20 mg-mcg tab</i>                                                         | 2            |                           |
| <i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>                                                     | 3            |                           |
| <i>norgestim-eth estrad triphasic (0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab)</i>          | 2            |                           |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                 | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------|
| <i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>                        | 2     |                                                            |
| <i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>                                | 2     |                                                            |
| <i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>                                    | 2     |                                                            |
| <i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>                                    | 2     |                                                            |
| <i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>                               | 2     |                                                            |
| <i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>                                           | 2     |                                                            |
| <i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>                                 | 2     |                                                            |
| ORILISSA 150 MG TAB                                                         | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS),<br>(Excluded from Auto Extension) |
| ORILISSA 200 MG TAB                                                         | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS),<br>(Excluded from Auto Extension) |
| <i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                         | 2     |                                                            |
| PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM                                                  | 3     | ST, QL (60 PER 30 DAYS)                                    |
| PREMPHASE 0.625-5 MG TAB                                                    | 3     |                                                            |
| PREMPRO (0.3-1.5 MG TAB, 0.45-1.5 MG TAB, 0.625-2.5 MG TAB, 0.625-5 MG TAB) | 3     |                                                            |
| <i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                         | 2     |                                                            |
| SAFYRAL 3-0.03-0.451 MG TAB                                                 | 4     |                                                            |
| <i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>                                       | 2     |                                                            |
| <i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>                                             | 2     |                                                            |
| <i>tarina 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>                                       | 2     |                                                            |
| <i>tilia fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>                                   | 2     |                                                            |
| <i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>                          | 2     |                                                            |
| <i>tri-legest fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>                              | 2     |                                                            |
| <i>tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>                       | 2     |                                                            |
| <i>tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>                        | 2     |                                                            |
| <i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>                           | 2     |                                                            |
| <i>tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>                         | 2     |                                                            |
| <i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>                                             | 2     |                                                            |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                    | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>tydemy 3-0.03-0.451 mg tab</i>                                              | 4     |                                                                                               |
| <i>valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>                                             | 2     |                                                                                               |
| VALTYA 1/50 1-50 MG-MCG TAB                                                    | 2     |                                                                                               |
| VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB                                           | 2     |                                                                                               |
| <i>vestura 3-0.02 mg tab</i>                                                   | 2     |                                                                                               |
| <i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>                                                | 2     |                                                                                               |
| <i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>                                    | 2     |                                                                                               |
| <i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>                                              | 2     |                                                                                               |
| <i>xarah fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>                                      | 2     |                                                                                               |
| <i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>                                         | 2     | QL (4 PER 28 OVER TIME)                                                                       |
| <i>yuvaferm 10 mcg tab</i>                                                     | 3     | QL (30 PER 30 DAYS)                                                                           |
| <i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>                                         | 2     |                                                                                               |
| <b>PROGESTINS</b>                                                              |       |                                                                                               |
| <i>camila 0.35 mg tab</i>                                                      | 2     |                                                                                               |
| CRINONE 4 % GEL                                                                | 4     | PA                                                                                            |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR                                     | 3     | QL (1 PER 90 OVER TIME)                                                                       |
| <i>errin 0.35 mg tab</i>                                                       | 2     |                                                                                               |
| <i>gallifrey 5 mg tab</i>                                                      | 2     |                                                                                               |
| <i>heather 0.35 mg tab</i>                                                     | 2     |                                                                                               |
| LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD                                               | 3     | QL (1 PER 365 OVER TIME),<br>BVD, (Only covered for<br>Endometrial Hyperplasia, CPT<br>58999) |
| <i>lyleq 0.35 mg tab</i>                                                       | 2     |                                                                                               |
| <i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsy, 150 mg/ml suspension)</i> | 2     | QL (1 PER 90 OVER TIME)                                                                       |
| <i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>           | 2     |                                                                                               |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                 | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
| <i>megestrol acetate (megestrol acetate 625 mg/5ml suspension, megestrol acetate 625 mg/5ml suspension)</i> | 4     |                          |
| <i>meleya 0.35 mg tab</i>                                                                                   | 2     |                          |
| NEXPLANON 68 MG IMPLANT                                                                                     | 3     | QL (1 PER 365 OVER TIME) |
| <i>norethindrone 0.35 mg tab</i>                                                                            | 2     |                          |
| <i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>                                                                       | 2     |                          |
| ORIAHNN 300-1-0.5 & 300 MG CAP THPK                                                                         | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>orquidea 0.35 mg tab</i>                                                                                 | 2     |                          |
| <i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i>                                                                | 3     |                          |

## SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS

|                                 |   |                     |
|---------------------------------|---|---------------------|
| DUAVEE 0.45-20 MG TAB           | 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| OSPHENA 60 MG TAB               | 4 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>raloxifene hcl 60 mg tab</i> | 2 | QL (30 PER 30 DAYS) |

## HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

|                                                                                                                                                                                      |   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| <i>levothyroxine sodium (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)</i> | 1 |  |
| <i>levoxyl (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)</i>                           | 3 |  |
| <i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i>                                                                                                                       | 2 |  |
| SYNTHROID (25 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB, 100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 300 MCG TAB)                   | 3 |  |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------|
| TIROSINT-SOL (13 MCG/ML SOLUTION, 25 MCG/ML SOLUTION, 37.5 MCG/ML SOLUTION, 44 MCG/ML SOLUTION, 50 MCG/ML SOLUTION, 62.5 MCG/ML SOLUTION, 75 MCG/ML SOLUTION, 88 MCG/ML SOLUTION, 100 MCG/ML SOLUTION, 112 MCG/ML SOLUTION, 125 MCG/ML SOLUTION, 137 MCG/ML SOLUTION, 150 MCG/ML SOLUTION, 175 MCG/ML SOLUTION, 200 MCG/ML SOLUTION) | 3     |                    |

## HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

|                                                                       |   |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------|
| <i>cabergoline 0.5 mg tab</i>                                         | 2 |                                        |
| LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 7.5 MG KIT                                 | 5 | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 11.25 MG (PED) KIT                         | 5 | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| <i>octreotide acetate (50 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml)</i>         | 4 | PA, (Route to BVSD with an AWD note.)  |
| <i>octreotide acetate (500 mcg/ml, 1000 mcg/ml)</i>                   | 5 | PA, (Route to BVSD with an AWD note.)  |
| SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION) | 5 | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                |
| SOMAVERT (15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN)                         | 5 | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                |
| SOMAVERT (25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)                         | 5 | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                |
| SOMAVERT 10 MG RECON SOLN                                             | 5 | PA, QL (90 PER 30 DAYS)                |
| SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION                                              | 4 | PA                                     |

## HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

### ANTITHYROID AGENTS

|                                          |   |  |
|------------------------------------------|---|--|
| <i>methimazole (5 mg tab, 10 mg tab)</i> | 1 |  |
|------------------------------------------|---|--|

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                 | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------|
| <i>propylthiouracil 50 mg tab</i>                                                                                                           | 2     |                                                                       |
| <b>IMMUNOLOGICAL AGENTS</b>                                                                                                                 |       |                                                                       |
| <b>ANGIOEDEMA AGENTS</b>                                                                                                                    |       |                                                                       |
| HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN)                                                                                                 | 5     | PA, QL (16 PER 28 OVER TIME), (Excluded from Auto Extension)          |
| <i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr</i>                                                                                               | 5     | PA, QL (18 PER 30 OVER TIME), (Excluded from Auto Extension)          |
| <b>IMMUNOGLOBULINS</b>                                                                                                                      |       |                                                                       |
| <i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>                                                                                          | 2     | ST, QL (30 PER 30 DAYS)                                               |
| BIVIGAM (5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION)                                                                                          | 5     | PA, (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>                                                         | 3     |                                                                       |
| <i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>                                                                                   | 1     |                                                                       |
| <i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>                                                                          | 2     | QL (60 PER 30 DAYS)                                                   |
| GAMMAGARD (1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 30 GM/300ML SOLUTION)                                            | 5     | PA, (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension) |
| GAMMAGARD S/D LESS IGA (5 GM RECON SOLN, 10 GM RECON SOLN)                                                                                  | 5     | PA, (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension) |
| GAMMAKED 1 GM/10ML SOLUTION                                                                                                                 | 5     | PA, (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension) |
| GAMMAPLEX (5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION) | 5     | PA, (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension) |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                  | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------|
| GAMUNEX-C 1 GM/10ML SOLUTION                                                                                        | 5            | PA, (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension) |
| OCTAGAM (1 GM/20ML SOLUTION, 2.5 GM/50ML SOLUTION, 5 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 25 GM/500ML SOLUTION) | 4            | PA, (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension) |
| OCTAGAM (2 GM/20ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION)                                                                  | 5            | PA, (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension) |
| OCTAGAM 30 GM/300ML SOLUTION                                                                                        | 5            | PA, (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>                                                                  | 2            |                                                                       |
| PRIVIGEN (5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION)                     | 5            | PA, (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>terazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>                                                                 | 1            | QL (60 PER 30 DAYS)                                                   |

## **IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER**

|                                                           |   |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------|
| AMJEVITA (40 MG/0.4ML SOLN A-INJ, 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR) | 5 | PA, QL (3.2 PER 28 OVER TIME)                                    |
| AMJEVITA 20 MG/0.2ML SOLN PRSYR                           | 5 | PA, QL (0.8 PER 28 OVER TIME)                                    |
| AMJEVITA 80 MG/0.8ML SOLN A-INJ                           | 5 | PA, QL (2.4 PER 28 OVER TIME)                                    |
| ARCALYST 220 MG RECON SOLN                                | 5 | PA, (Route to BVSD with an AWD note.)                            |
| AURANOFIN 3 MG CAP                                        | 5 |                                                                  |
| AVTOZMA 162 MG/0.9ML SOLN A-INJ                           | 5 | PA, QL (3.6 PER 28 OVER TIME), (Route to BVSD with an AWD note.) |
| AVTOZMA 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR                           | 5 | PA, QL (3.6 PER 28 DAYS), (Route to BVSD with an AWD note.)      |
| BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)     | 5 | PA, (Route to BVSD with an AWD note.)                            |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                            | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                        |
|---------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------|
| COSENTYX (300 MG DOSE) 150 /ML SOLN PRSYR                     | 5            | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)                                      |
| COSENTYX 150 MG/ML SOLN PRSYR                                 | 5            | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)                                      |
| COSENTYX 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR                               | 5            | PA, QL (2 PER 28 DAYS)                                           |
| COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ             | 5            | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)                                      |
| COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ                  | 5            | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)                                      |
| COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ                       | 5            | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)                                      |
| DUPIXENT (200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR) | 5            | PA, QL (3.42 PER 28 OVER TIME), (Excluded from Auto Extension)   |
| DUPIXENT 300 MG/2ML SOLN A-INJ                                | 5            | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME), (Excluded from Auto Extension)      |
| DUPIXENT 300 MG/2ML SOLN PRSYR                                | 5            | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME), (Excluded from Auto Extension)      |
| ENBREL (25 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MG/0.5ML SOLUTION)         | 5            | PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)                                      |
| ENBREL 50 MG/ML SOLN PRSYR                                    | 5            | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)                                      |
| ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ                          | 5            | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)                                      |
| ENSPRYNG 120 MG/ML SOLN PRSYR                                 | 5            | PA, QL (5 PER 84 OVER TIME)                                      |
| ENTYVIO PEN 108 MG/0.68ML SOLN A-INJ                          | 5            | PA, QL (1.36 PER 28 OVER TIME)                                   |
| FASENRA 10 MG/0.5ML SOLN PRSYR                                | 5            | PA, QL (0.5 PER 28 OVER TIME), (Route to BVSD with an AWD note.) |
| FASENRA 30 MG/ML SOLN PRSYR                                   | 5            | PA, QL (2 PER 56 OVER TIME), (Route to BVSD with an AWD note.)   |
| FASENRA PEN 30 MG/ML SOLN A-INJ                               | 5            | PA, QL (2 PER 56 OVER TIME)                                      |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                               | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------|
| HADLIMA (40 MG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR)                                         | 5            | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)                                  |
| HADLIMA PUSHTOUCH (40 MG/0.4ML SOLN A-INJ, 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ)                               | 5            | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)                                  |
| KINERET 100 MG/0.67ML SOLN PRSYR                                                                 | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)                                     |
| OMVOH (100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR, 200 MG/2ML SOLN A-INJ, 200 MG/2ML SOLN PRSYR) | 5            | PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)                                  |
| OMVOH (300 MG DOSE) (MG 100 MG/ML 200 MG/2ML SOLN A-INJ, MG 100 MG/ML 200 MG/2ML SOLN PRSYR)     | 5            | PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)                                  |
| OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)                                                                    | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                      |
| OTEZLA (4 X 10 51 X20 MG TAB THPK, 10 20 30 MG TAB THPK)                                         | 5            | PA, QL (55 PER 180 OVER TIME)                                |
| OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H                                                                       | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                      |
| OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB TH                                         | 5            | PA, QL (41 PER 180 OVER TIME)                                |
| PYZCHIVA (45 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)                  | 3            | PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)                                  |
| PYZCHIVA (90 MG/ML SOLN A-INJ, 90 MG/ML SOLN PRSYR)                                              | 5            | PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)                                  |
| RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)                                                      | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                      |
| RINVOQ 45 MG TAB ER 24H                                                                          | 5            | PA, QL (84 PER 180 OVER TIME)                                |
| RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION                                                                       | 5            | PA, QL (360 PER 30 DAYS)                                     |
| SELARSDI 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR                                                                  | 3            | PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)                                  |
| SELARSDI 45 MG/0.5ML SOLUTION                                                                    | 3            | PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)                                  |
| SELARSDI 90 MG/ML SOLN PRSYR                                                                     | 5            | PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)                                  |
| TAVNEOS 10 MG CAP                                                                                | 5            | PA, LA, QL (180 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension) |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                             | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------|
| <i>tofacitinib citrate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                               | 2            | QL (60 PER 30 DAYS)                                               |
| <i>tofacitinib citrate 1 mg/ml solution</i>                                                    | 2            | QL (300 PER 30 DAYS)                                              |
| <i>tofacitinib citrate er (er 11 mg tab er, er 22 mg tab er)</i>                               | 2            | QL (30 PER 30 DAYS)                                               |
| TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)                                      | 5            | PA, QL (3.6 PER 28 OVER TIME)                                     |
| USTEKINUMAB (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)                                     | 5            | PA, QL (2 PER 84 OVER TIME)                                       |
| USTEKINUMAB 90 MG/ML SOLN PRSYR                                                                | 5            | PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)                                       |
| VELSIPITY 2 MG TAB                                                                             | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                           |
| XOLAIR (150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR) | 5            | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME),<br>(Route to BVSD with an AWD note.) |
| XOLAIR 150 MG/ML SOLN PRSYR                                                                    | 5            | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME),<br>(Route to BVSD with an AWD note.) |
| XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ                                                                  | 5            | PA, QL (4 PER 28 OVER TIME),<br>(Route to BVSD with an AWD note.) |
| XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR                                                                  | 5            | PA, QL (4 PER 28 OVER TIME),<br>(Route to BVSD with an AWD note.) |
| ZYMFENTRA (1 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT                                                         | 5            | PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)                                       |
| ZYMFENTRA (2 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT                                                         | 5            | PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)                                       |
| ZYMFENTRA (2 SYRINGE) RINGE) 120 MG/ML PREF KT                                                 | 5            | PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)                                       |
| <b>IMMUNOSUPPRESSANTS</b>                                                                      |              |                                                                   |
| <i>azathioprine (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>                                         | 2            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                            |
| <i>cyclosporine 100 mg cap</i>                                                                 | 2            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                            |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                          | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <i>cyclosporine 25 mg cap</i>                                               | 2            | BVD, (Part B Home Infusion Benefit when billed with G0068, G0069 or G0070) |
| <i>cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>               | 3            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                                     |
| <i>cyclosporine modified 25 mg cap</i>                                      | 3            | BVD, (Part B Home Infusion Benefit when billed with G0068, G0069 or G0070) |
| <i>cyclosporine modified 50 mg cap</i>                                      | 3            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                                     |
| ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART                                              | 5            | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)                                                |
| ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)         | 4            | ST, BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                                 |
| <i>everolimus (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>                       | 5            | QL (120 PER 30 DAYS), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)               |
| <i>everolimus 0.25 mg tab</i>                                               | 4            | QL (120 PER 30 DAYS), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)               |
| <i>engraf 100 mg cap</i>                                                    | 3            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                                     |
| <i>engraf 25 mg cap</i>                                                     | 3            | BVD, (Part B Home Infusion Benefit when billed with G0068, G0069 or G0070) |
| <i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                   | 3            |                                                                            |
| LUPKYNIS 7.9 MG CAP                                                         | 5            | PA, QL (180 PER 30 DAYS)                                                   |
| <i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 250 mg cap, 500 mg tab)</i> | 3            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                                     |
| <i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>                  | 3            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                                     |
| <i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>                     | 3            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                                     |
| PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)                                        | 4            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                                     |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                      | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                           |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------|
| RASUVO 10 MG/0.2ML SOLN A-INJ                                           | 3            | ST, QL (0.8 PER 28 OVER TIME)                       |
| RASUVO 12.5 MG/0.25ML SOLN A-INJ                                        | 3            | ST, QL (1 PER 28 OVER TIME)                         |
| RASUVO 15 MG/0.3ML SOLN A-INJ                                           | 3            | ST, QL (1.2 PER 28 OVER TIME)                       |
| RASUVO 17.5 MG/0.35ML SOLN A-INJ                                        | 3            | ST, QL (1.4 PER 28 OVER TIME)                       |
| RASUVO 20 MG/0.4ML SOLN A-INJ                                           | 3            | ST, QL (1.6 PER 28 OVER TIME)                       |
| RASUVO 22.5 MG/0.45ML SOLN A-INJ                                        | 3            | ST, QL (1.8 PER 28 OVER TIME)                       |
| RASUVO 25 MG/0.5ML SOLN A-INJ                                           | 3            | ST, QL (2 PER 28 OVER TIME)                         |
| RASUVO 30 MG/0.6ML SOLN A-INJ                                           | 3            | ST, QL (2.4 PER 28 OVER TIME)                       |
| RASUVO 7.5 MG/0.15ML SOLN A-INJ                                         | 3            | ST, QL (0.6 PER 28 OVER TIME)                       |
| <i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>                       | 4            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)              |
| <i>sirolimus 1 mg/ml solution</i>                                       | 4            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)              |
| <i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>                      | 2            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)              |
| <i>tacrolimus er (er 1 mg cap er, er 5 mg cap er)</i>                   | 4            | ST, BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)          |
| <i>tacrolimus er 0.5 mg cap 24h</i>                                     | 4            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)              |
| <b>VACCINES</b>                                                         |              |                                                     |
| ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN                                        | 3            | QL (1 PER 999 OVER TIME), \$0 (PREVENTIVE)          |
| ACTHIB RECONSOLN                                                        | 3            |                                                     |
| ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION) | 3            | \$0 (PREVENTIVE), (Route to BVSD with an AWD note.) |
| AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP                                         | 3            | QL (1 PER 999 OVER TIME), \$0 (PREVENTIVE)          |
| BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN                                            | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                    |
| BEXSERO SUSPPRSYR                                                       | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                    |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                              | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------|
| BOOSTRIX 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR                                       | 3            | \$0 (PREVENTIVE), (Route to BVSD with an AWD note.)      |
| DAPTACEL 23-15-5SUSPENSION                                                      | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION) | 3            | BVD, \$0 (PREVENTIVE), (Route to BVSD with an AWD note.) |
| GARDASIL 9 (9 SUSPENSION, 9 0.5 ML SUSP PRSYR)                                  | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| HAVRIX (720 U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 U/0.5ML SUSPENSION, 1440 U/ML SUSP PRSYR)   | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR                                              | 3            | BVD, \$0 (PREVENTIVE), (Route to BVSD with an AWD note.) |
| HIBERIX 10 MCG RECON SOLN                                                       | 3            |                                                          |
| IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP                                            | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| INFANRIX 25-58-10SUSPENSION                                                     | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| IPOL SUSPENSION                                                                 | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| IXIARO SUSPENSION                                                               | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION                                                       | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR                                                        | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| M-M-R II RECONSOLN                                                              | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)                                           | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| MENVEO RECONSOLN                                                                | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| MENVEO SOLUTION                                                                 | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR                                                 | 3            | QL (1 PER 999 OVER TIME), \$0 (PREVENTIVE)               |
| PEDIARIX SUSPPRSYR                                                              | 3            |                                                          |
| PEDVAXHIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION                                              | 3            |                                                          |
| PENBRAYA RECONSUSP                                                              | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                               | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------|
| PENMENVY RECONSUSP                                                                                                               | 3            | \$0 (Preventive)                                         |
| PENTACEL RECONSUSP                                                                                                               | 3            |                                                          |
| PRIORIX RECONSUSP                                                                                                                | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| PROQUAD RECONSUSP                                                                                                                | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| QUADRACEL 0.5 ML SUSP PRSYR                                                                                                      | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| QUADRACEL SUSPENSION                                                                                                             | 3            |                                                          |
| RABAVERT RECONSUSP                                                                                                               | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION, 10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION) | 3            | BVD, \$0 (PREVENTIVE), (Route to BVSD with an AWD note.) |
| ROTARIX SUSPENSION                                                                                                               | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| ROTATEQ SOLUTION                                                                                                                 | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP                                                                                                 | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR                                                                                                 | 3            | \$0 (Preventive)                                         |
| TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION                                                                                                  | 3            | \$0 (PREVENTIVE), (Route to BVSD with an AWD note.)      |
| TICOVAC (1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR, 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR)                                                                    | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| TRUMENBA SUSPPRSYR                                                                                                               | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR                                                                                             | 3            | BVD, \$0 (PREVENTIVE), (Route to BVSD with an AWD note.) |
| TYPHIM VI 25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR                                                                                                | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION, 50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)                         | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                                         |
| VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP                                                                                                | 3            | \$0 (Preventive)                                         |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                      | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                             |
|----------------------------------|-------|------------------------------------------------|
| VAXCHORA RECONSUSP               | 3     | PA, \$0 (PREVENTIVE)                           |
| VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR | 3     | PA, \$0 (PREVENTIVE)                           |
| VIVOTIF CAPDR                    | 3     | PA, QL (4 PER 999 OVER TIME), \$0 (Preventive) |
| YF-VAX RECONSUSP                 | 3     | \$0 (PREVENTIVE)                               |

## INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

### AMINOSALICYLATES AND/OR PRODRUGS

|                                                  |   |                      |
|--------------------------------------------------|---|----------------------|
| <i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>           | 3 |                      |
| DIPENTUM 250 MG CAP                              | 4 |                      |
| <i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>                  | 3 | QL (120 PER 30 DAYS) |
| <i>mesalamine 4 gm enema</i>                     | 3 |                      |
| <i>mesalamine er 0.375 gm cap 24h</i>            | 3 | QL (120 PER 30 DAYS) |
| ROWASA 4 GM KIT                                  | 4 |                      |
| <i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i> | 4 | NM (Non-Mail Order)  |

### METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

|                                                         |   |                                                                |
|---------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------|
| <i>alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)</i>        | 1 |                                                                |
| <i>alendronate sodium 10 mg tab</i>                     | 1 |                                                                |
| BILDYOS 60 MG/ML SOLN PRSYR                             | 4 | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                         |
| BILPREVDA 120 MG/1.7ML SOLUTION                         | 5 | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                         |
| <i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>        | 2 | (ESRD)                                                         |
| <i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>           | 4 | (ESRD)                                                         |
| <i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i>                     | 4 | (ESRD)                                                         |
| <i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i> | 4 | QL (120 PER 30 DAYS), (ESRD), (ESRD benefits and rules apply.) |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                       | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>doxercalciferol (doxercalciferol 0.5 mcg cap, doxercalciferol 1 mcg cap, doxercalciferol 2.5 mcg cap, doxercalciferol 0.5 mcg cap, doxercalciferol 1 mcg cap, doxercalciferol 2.5 mcg cap)</i> | 2     | (ESRD)                                                                                           |
| EVENITY 105 MG/1.17ML SOLN PRSYR                                                                                                                                                                  | 5     | PA, QL (2.4 PER 30 OVER TIME), (Route to BVSD with an AWD note.), (Excluded from Auto Extension) |
| <i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>                                                                                                                                                              | 2     | QL (1 PER 28 OVER TIME)                                                                          |
| JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR                                                                                                                                                                      | 4     | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                                                           |
| <i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap)</i>                                                                                                                                             | 3     | (ESRD), (ESRD benefits and rules apply. If not ESRD, Route to BVSD with an AWD note.)            |
| <i>risedronate sodium 150 mg tab</i>                                                                                                                                                              | 2     | QL (1 PER 28 OVER TIME)                                                                          |
| <i>risedronate sodium 30 mg tab</i>                                                                                                                                                               | 3     | QL (30 PER 30 DAYS)                                                                              |
| <i>risedronate sodium 35 mg tab</i>                                                                                                                                                               | 2     | QL (4 PER 28 OVER TIME)                                                                          |
| <i>risedronate sodium 35 mg tab</i>                                                                                                                                                               | 3     | QL (4 PER 28 OVER TIME)                                                                          |
| <i>risedronate sodium 5 mg tab</i>                                                                                                                                                                | 2     | QL (30 PER 30 DAYS)                                                                              |
| <i>teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen</i>                                                                                                                                                       | 5     | PA, (Excluded from Auto Extension)                                                               |
| TERIPARATIDE 560 MCG/2.24ML SOLN PEN                                                                                                                                                              | 5     | PA, (Excluded from Auto Extension)                                                               |
| TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN                                                                                                                                                                   | 5     | PA, QL (1.56 PER 30 OVER TIME), (Excluded from Auto Extension)                                   |
| WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION                                                                                                                                                                       | 5     | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                                                           |

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

|                                                                |   |                      |
|----------------------------------------------------------------|---|----------------------|
| ALCOH-GLOVE CONTOURED WIPE PAD                                 | 2 |                      |
| AQ INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC) | 2 | QL (200 PER 30 DAYS) |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                      | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100<br>3G X 5/6" ML MISC                                                                                                                       | 2            | QL (200 PER 30 DAYS)      |
| MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR<br>(29G 1/2" 0.3 ML MISC, 29G 1/2" 0.5<br>ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G<br>5/16" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML<br>MISC)                  | 2            | QL (200 PER 30 DAYS)      |
| MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR<br>30G X 5/16" 1 ML MISC                                                                                                                    | 2            | QL (200 PER 30 DAYS)      |
| MARATHON MEDICAL PENTIPS<br>(29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC,<br>31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)                                                                             | 2            | QL (200 PER 30 DAYS)      |
| MONOJECT INSULIN SYRINGE (28G<br>1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.3 ML<br>MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G<br>1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.3 ML<br>MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC) | 2            | QL (200 PER 30 DAYS)      |
| MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G<br>X 1/2" 0.5 ML MISC                                                                                                                      | 2            | QL (200 PER 30 DAYS)      |
| MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G<br>X 5/16" 1 ML MISC                                                                                                                       | 2            | QL (200 PER 30 DAYS)      |
| MONOJECT ULTRA COMFORT<br>SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 30G<br>5/16" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML<br>MISC)                                                              | 2            | QL (200 PER 30 DAYS)      |
| MONOJECT ULTRA COMFORT<br>SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC                                                                                                                | 2            | QL (200 PER 30 DAYS)      |
| PEN NEEDLES (PEN 30G 5 MISC,<br>PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC,<br>PEN 32G 4 MISC)                                                                                      | 2            | QL (200 PER 30 DAYS)      |
| PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 5<br>MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4<br>MM MISC)                                                                                              | 2            | QL (200 PER 30 DAYS)      |
| PRO COMFORT PEN NEEDLES<br>(PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)                                                                                                                     | 2            | QL (200 PER 30 DAYS)      |
| SURE COMFORT PEN NEEDLES<br>(PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4<br>MISC)                                                                                                         | 2            | QL (200 PER 30 DAYS)      |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                       | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES   |
|-------------------------------------------------------------------|-------|----------------------|
| TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE<br>32GX4MMMISC                         | 2     |                      |
| ULTICARE INSULIN SAFETY SYR<br>(1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC) | 2     | QL (200 PER 30 DAYS) |
| VERISAFE SAFETY INSULIN SYR<br>29G X 1/2" 1 ML MISC               | 2     |                      |

## OPHTHALMIC AGENTS

### OPHTHALMIC AGENTS, OTHER

|                                                                                            |   |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------|
| <i>atropine sulfate (atropine sulfate 1 % solution,<br/>atropine sulfate 1 % solution)</i> | 3 |                             |
| <i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>                                                      | 3 |                             |
| <i>bepotastine besilate 1.5 % solution</i>                                                 | 3 | QL (15 PER 30 OVER TIME)    |
| COMBIGAN 0.2-0.5 % SOLUTION                                                                | 3 | QL (10 PER 30 OVER TIME)    |
| <i>cyclosporine (pf) 0.05 % emulsion</i>                                                   | 3 | QL (60 PER 30 DAYS)         |
| <i>dorzolamide hcl-timolol mal (2, 22.3-6.8 mg/ml)</i>                                     | 3 |                             |
| <i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>                                     | 3 |                             |
| ROCKLATAN 0.02-0.005 %<br>SOLUTION                                                         | 4 | ST, QL (5 PER 30 OVER TIME) |
| TYRVAYA 0.03 MG/ACT SOLUTION                                                               | 3 | QL (8.4 PER 30 OVER TIME)   |
| XIIDRA 5 % SOLUTION                                                                        | 3 | QL (60 PER 30 DAYS)         |

### OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES

|                                                                                                                                         |   |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------|
| <i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>                                                                                           | 2 |                            |
| <i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc (bacitra-<br/>neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment, bacitra-<br/>neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment)</i> | 2 |                            |
| BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-<br>10000 UNIT/GM OINTMENT                                                                                   | 2 |                            |
| BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION                                                                                                              | 4 | QL (15 PER 30 OVER TIME)   |
| CILOXAN 0.3 % OINTMENT                                                                                                                  | 4 | QL (17.5 PER 30 OVER TIME) |
| <i>ciprofloxacin hcl 0.3 % solution</i>                                                                                                 | 2 |                            |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                             | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
| <i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>                                                                                                                                                                    | 2     |                          |
| <i>gatifloxacin 0.5 % solution</i>                                                                                                                                                                      | 2     | QL (15 PER 30 OVER TIME) |
| <i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>                                                                                                                                                                | 2     |                          |
| LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION                                                                                                                                                                             | 2     |                          |
| <i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>                                                                                                                                                                  | 2     | QL (15 PER 30 OVER TIME) |
| <i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (neomycin-bacitracin zn-polymyx 3.5-400-10000 ointment, neomycin-bacitracin zn-polymyx 5-400-10000 ointment, neomycin-bacitracin zn-polymyx 5-400-10000 ointment)</i> | 2     |                          |
| <i>neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>                                                                                                 | 2     |                          |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025SOLUTION                                                                                                                                                   | 2     |                          |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1SUSPENSION                                                                                                                                                             | 3     |                          |
| <i>ofloxacin 0.3 % solution</i>                                                                                                                                                                         | 2     |                          |
| <i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>                                                                                                                                            | 2     |                          |
| <i>sulfacetamide sodium (sulfacetamide sodium 10 % solution, sulfacetamide sodium 10 % solution)</i>                                                                                                    | 2     |                          |
| SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION                                                                                                                                                           | 2     |                          |
| TOBRADEX 0.3-0.1 % OINTMENT                                                                                                                                                                             | 4     |                          |
| <i>tobramycin 0.3 % solution</i>                                                                                                                                                                        | 2     |                          |
| <i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>                                                                                                                                                    | 3     |                          |
| TOBREX 0.3 % OINTMENT                                                                                                                                                                                   | 4     |                          |
| TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION                                                                                                                                                                               | 3     |                          |
| XDEMVIY 0.25 % SOLUTION                                                                                                                                                                                 | 5     | PA                       |
| ZIRGAN 0.15 % GEL                                                                                                                                                                                       | 4     |                          |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                  | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
| ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION                                                                                   | 4     |                          |
| <b>OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES</b>                                                                        |       |                          |
| <i>bromfenac sodium (once-daily) 0.09 % solution</i>                                                         | 3     |                          |
| CROMOLYN SODIUM 4 % SOLUTION                                                                                 | 3     |                          |
| DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION                                                                | 3     |                          |
| <i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>                                                                      | 2     |                          |
| FLAREX 0.1 % SUSPENSION                                                                                      | 4     |                          |
| <i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>                                                                      | 3     |                          |
| FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION                                                                          | 3     |                          |
| FML FORTE 0.25 % SUSPENSION                                                                                  | 4     |                          |
| ILEVRO 0.3 % SUSPENSION                                                                                      | 4     | QL (15 PER 30 OVER TIME) |
| <i>ketorolac tromethamine (ketorolac tromethamine 0.4 % solution, ketorolac tromethamine 0.5 % solution)</i> | 2     |                          |
| LOTEMAX 0.5 % OINTMENT                                                                                       | 4     | QL (15 PER 30 OVER TIME) |
| LOTEMAX SM 0.38 % GEL                                                                                        | 4     | QL (15 PER 30 OVER TIME) |
| <i>loteprednol etabonate (0.5 % gel, 0.5 % suspension)</i>                                                   | 3     | QL (15 PER 30 OVER TIME) |
| <i>loteprednol etabonate 0.2 % suspension</i>                                                                | 4     | QL (15 PER 30 OVER TIME) |
| MAXIDEX 0.1 % SUSPENSION                                                                                     | 4     |                          |
| <i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>                                                                   | 3     | QL (30 PER 30 DAYS)      |
| PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION                                                                   | 2     |                          |
| <b>OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS</b>                                                            |       |                          |
| BETAXOLOL HCL 0.5 % SOLUTION                                                                                 | 2     |                          |
| BETOPTIC-S 0.25 % SUSPENSION                                                                                 | 4     |                          |
| CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION                                                                                   | 2     |                          |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                   | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES        |
|---------------------------------------------------------------|-------|---------------------------|
| LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION                                | 2     |                           |
| <i>timolol maleate (0.25 % gel soln, 0.5 % gel soln)</i>      | 3     |                           |
| <i>timolol maleate (0.25 %, 0.5 %)</i>                        | 2     |                           |
| <i>timolol maleate ocudose 0.5 % solution</i>                 | 2     |                           |
| <i>timolol maleate pf (0.25 %, 0.5 %)</i>                     | 2     |                           |
| <b>OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER</b> |       |                           |
| ALPHAGAN P ALHAGAN 0.1 % SOLUTION                             | 3     | QL (15 PER 30 OVER TIME)  |
| APRACLONIDINE HCL 0.5 % SOLUTION                              | 2     |                           |
| <i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>                    | 2     |                           |
| <i>brinzolamide 1 % suspension</i>                            | 3     | QL (15 PER 30 OVER TIME)  |
| <i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>                           | 2     |                           |
| IOPIDINE 1 % SOLUTION                                         | 4     |                           |
| <i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>                   | 3     |                           |
| <i>pilocarpine hcl (1 %, 2 %, 4 %)</i>                        | 3     |                           |
| RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION                                     | 4     | ST, QL (60 PER 30 DAYS)   |
| SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION                                  | 3     | QL (16 PER 30 OVER TIME)  |
| <b>OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS</b>        |       |                           |
| <i>bimatoprost 0.01 % solution</i>                            | 3     | QL (5 PER 30 DAYS)        |
| <i>bimatoprost 0.03 % solution</i>                            | 3     | QL (7.5 PER 30 OVER TIME) |
| <i>latanoprost 0.005 % solution</i>                           | 2     |                           |
| VYZULTA 0.024 % SOLUTION                                      | 4     | ST                        |
| <b>OTIC AGENTS</b>                                            |       |                           |
| <i>acetic acid 2 % solution</i>                               | 2     |                           |
| <i>ciprofloxacin hcl 0.2 % solution</i>                       | 3     | NM (Non-Mail Order)       |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                               | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------|
| <i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>                                   | 3     |                    |
| <i>ciprofloxacin-hydrocortisone 0.2-1 % suspension</i>                                    | 3     |                    |
| <i>fluocinolone acetonide 0.01 % oil</i>                                                  | 3     |                    |
| <i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>                                          | 3     |                    |
| <i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i> | 3     |                    |
| <i>ofloxacin 0.3 % solution</i>                                                           | 3     |                    |

## RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

### ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS

|                                                                                         |   |                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------|
| ARNUITY ELLIPTA (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA) | 3 | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA                                      | 3 | QL (1 PER 30 DAYS)                                           |
| ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)             | 3 | QL (1 PER 30 DAYS)                                           |
| ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA                                       | 3 | QL (1 PER 30 DAYS)                                           |
| ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL)                                  | 3 | QL (13 PER 30 DAYS)                                          |
| ASMANEX HFA 50 MCG/ACT AEROSOL                                                          | 3 | QL (13 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>  | 3 | QL (240 PER 30 DAYS), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| <i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>                                         | 3 | QL (50 PER 30 OVER TIME)                                     |
| <i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>                                     | 2 | QL (16 PER 30 OVER TIME)                                     |
| FLUTICASONE PROPIONATE DISKUS (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA)           | 3 | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                             | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES       |
|---------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
| FLUTICASONE PROPIONATE<br>DISKUS 250 MCG/ACT AER POW BA | 3     | QL (240 PER 30 DAYS)     |
| FLUTICASONE PROPIONATE HFA<br>110 MCG/ACT AEROSOL       | 3     | QL (12 PER 30 DAYS)      |
| FLUTICASONE PROPIONATE HFA<br>220 MCG/ACT AEROSOL       | 3     | QL (24 PER 30 DAYS)      |
| <i>fluticasone propionate hfa 44 mcg/act aerosol</i>    | 3     | QL (10.6 PER 30 DAYS)    |
| <i>mometasone furoate 50 mcg/act suspension</i>         | 3     | QL (34 PER 30 OVER TIME) |

## ANTIHIISTAMINES

|                                                           |   |                                |
|-----------------------------------------------------------|---|--------------------------------|
| <i>azelastine hcl (0.1 %, 137 mcg/spray)</i>              | 2 | QL (60 PER 30 DAYS)            |
| <i>azelastine-fluticasone 137-50 mcg/act suspension</i>   | 4 | ST, QL (23 PER 30 OVER TIME)   |
| <i>cetirizine hcl (1 mg/ml, 5 mg/5ml)</i>                 | 2 | QL (300 PER 30 DAYS)           |
| <i>cypheptadine hcl 2 mg/5ml syrup</i>                    | 2 | QL (4500 PER 30 DAYS)          |
| <i>cypheptadine hcl 4 mg tab</i>                          | 3 | QL (450 PER 30 DAYS)           |
| <i>desloratadine 5 mg tab</i>                             | 2 | QL (30 PER 30 DAYS)            |
| <i>levocetirizine dihydrochloride 2.5 mg/5ml solution</i> | 2 |                                |
| <i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>            | 2 | QL (30 PER 30 DAYS)            |
| <i>olopatadine hcl 0.6 % solution</i>                     | 3 | ST, QL (30.5 PER 30 OVER TIME) |

## ANTILEUKOTRIENES

|                                                                     |   |                     |
|---------------------------------------------------------------------|---|---------------------|
| <i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 5 mg chew tab, 10 mg tab)</i> | 1 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>montelukast sodium 4 mg packet</i>                               | 1 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>roflumilast (250 mcg tab, 500 mcg tab)</i>                       | 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                           | 3 | QL (60 PER 30 DAYS) |

## BRONCHODILATORS

|                                                                                                                                 |   |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------|
| <i>albuterol sulfate (0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/3ml soln, (2.5 mg/3ml) 0.083% soln, 2.5 mg/0.5ml soln, (5 mg/ml) 0.5% soln)</i> | 2 | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------|

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                        | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------|
| <i>albuterol sulfate (2 mg tab, 2 mg/5ml syrup, 4 mg tab, 8 mg/20ml syrup)</i>                     | 2     |                                                              |
| <i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>                                       | 2     | QL (36 PER 30 OVER TIME)                                     |
| <i>arformoterol tartrate 15 mcg/2ml nebu soln</i>                                                  | 3     | QL (120 PER 30 DAYS), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| AUVI-Q (0.15 MG/0.15ML SOLN A-INJ, 0.3 MG/0.3ML SOLN A-INJ)                                        | 3     |                                                              |
| AUVI-Q 0.1 MG/0.1ML SOLN A-INJ                                                                     | 3     |                                                              |
| <i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>                                                         | 3     | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                       |
| EPINEPHRINE (0.15 MG/0.15ML SOLN A-INJ, 0.3 MG/0.3ML SOLN A-INJ)                                   | 3     | QL (2 PER 30 OVER TIME)                                      |
| <i>epinephrine (0.15 mg/0.3ml soln, 0.3 mg/0.3ml soln)</i>                                         | 3     |                                                              |
| <i>formoterol fumarate 20 mcg/2ml nebu soln</i>                                                    | 4     | QL (120 PER 30 DAYS), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| <i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>                                                         | 2     | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                       |
| <i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>                                                         | 2     |                                                              |
| <i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>                                                         | 2     |                                                              |
| <i>ipratropium bromide hfa 17 mcg/act aero soln</i>                                                | 4     |                                                              |
| <i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml soln, 0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/0.5ml soln, 1.25 mg/3ml soln)</i> | 2     | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                       |
| LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL                                                           | 2     |                                                              |
| SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA                                                              | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP                                                                      | 3     | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACT AERO SOLN                                                            | 3     | QL (4 PER 30 DAYS)                                           |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                       | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES      |
|---------------------------------------------------|-------|-------------------------|
| SPIRIVA RESPIMAT 2.5 MCG/ACT AERO SOLN            | 3     | QL (4 PER 30 DAYS)      |
| STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACT AERO SOLN          | 3     | QL (4 PER 30 DAYS)      |
| <i>terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i> | 2     |                         |
| UMECLIDINIUM ELLIPTA 62.5 MCG/INH AER POW BA      | 3     | ST, QL (30 PER 30 DAYS) |
| VENTOLIN HFA 108 (90 BASE) MCG/ACT AERO SOLN      | 3     | QL (36 PER 30 DAYS)     |

## CYSTIC FIBROSIS AGENTS

|                                                                                                |   |                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------|
| BRONCHITOL 40 MG CAP                                                                           | 5 | PA, QL (600 PER 30 DAYS)                                     |
| BRONCHITOL TOLERANCE TEST 40 MG CAP                                                            | 5 | PA, QL (600 PER 30 DAYS)                                     |
| KALYDECO (5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB) | 5 | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                      |
| PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION                                                                | 5 | QL (150 PER 30 DAYS), BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |
| TRIKAFTA (50-25-37.5 75 MG TAB THPK, 100-50-75 150 MG TAB THPK)                                | 5 | PA, QL (90 PER 30 DAYS)                                      |
| TRIKAFTA (80-40-60 59.5 MG THER PACK, 100-50-75 75 MG THER PACK)                               | 5 | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                      |

## PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE

|                                                                                                                                                                                                        |   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| <i>theophylline er (theophylline er 400 mg tab er 24h, theophylline er 600 mg tab er 24h, theophylline er 100 mg tab er 12h, theophylline er 300 mg tab er 12h, theophylline er 200 mg tab er 12h)</i> | 3 |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|

## PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES

|                                                                  |   |                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB) | 5 | PA, QL (90 PER 30 DAYS), (Excluded from Auto Extension)                                           |
| <i>ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                         | 5 | PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS), (Available from Walgreens Specialty), (Excluded from Auto Extension) |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                   | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------|
| <i>bosentan (62.5 mg tab, 125 mg tab)</i>                                                                            | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS),<br>(Excluded from Auto Extension)     |
| <i>bosentan 32 mg tab sol</i>                                                                                        | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS),<br>(Excluded from Auto Extension)    |
| <i>macitentan 10 mg tab</i>                                                                                          | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS),<br>(Excluded from Auto Extension)     |
| <i>sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp</i>                                                                        | 3            | PA, QL (180 PER 30 DAYS),<br>(Excluded from Auto Extension)    |
| <i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>                                                                                  | 3            | PA, QL (90 PER 30 DAYS),<br>(Excluded from Auto Extension)     |
| <i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>                                                                                     | 3            | PA, QL (60 PER 30 DAYS),<br>(Excluded from Auto Extension)     |
| TADLIQ 20 MG/5ML SUSPENSION                                                                                          | 5            | PA, QL (300 PER 30 DAYS),<br>(Excluded from Auto Extension)    |
| UPTRAVI (200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB, 1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB) | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS),<br>(Excluded from Auto Extension)     |
| UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK                                                                                       | 5            | PA, QL (200 PER 180 OVER TIME), (Excluded from Auto Extension) |
| WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)                                                       | 5            | PA, (Route to BVSD with an AWD note.)                          |
| <b>PULMONARY FIBROSIS AGENTS</b>                                                                                     |              |                                                                |
| <i>nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>                                                                   | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                        |
| OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)                                                                                        | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                        |
| <i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i>                                                                          | 5            | PA, QL (270 PER 30 DAYS)                                       |
| PIRFENIDONE 534 MG TAB                                                                                               | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)                                        |
| <i>pirfenidone 801 mg tab</i>                                                                                        | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)                                        |
| <b>RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER</b>                                                                               |              |                                                                |
| <i>acetylcysteine 10 % solution</i>                                                                                  | 2            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                         |
| <i>acetylcysteine 20 % solution</i>                                                                                  | 2            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.)                         |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                      | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------|
| ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA                                                                | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)                    |
| BEVESPI AEROSPHERE 9-4.8 MCG/ACT AEROSOL                                                                | 4            | ST, QL (10.7 PER 30 DAYS)              |
| BREO ELLIPTA (50-25 MCG/INH AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)                                      | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)                    |
| BREO ELLIPTA 100-25 MCG/ACT AER POW BA                                                                  | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)                    |
| <i>breyna (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</i>                                                         | 3            | QL (20.4 PER 30 DAYS)                  |
| BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG/ACT AEROSOL                                                           | 3            | QL (10.7 PER 30 OVER TIME)             |
| BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL                                                            | 3            | QL (10.7 PER 30 DAYS)                  |
| <i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</i>                                 | 3            | QL (20.4 PER 30 DAYS)                  |
| COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN                                                             | 3            | QL (8 PER 30 DAYS)                     |
| FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL 100-25 MCG/ACT AER POW BA                                                | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)                    |
| FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL 200-25 MCG/ACT AER POW BA                                                | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)                    |
| <i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)</i>                          | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)                    |
| FLUTICASONE-SALMETEROL (45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL)          | 4            | QL (12 PER 30 DAYS)                    |
| FLUTICASONE-SALMETEROL (55-14 MCG/ACT AER POW BA, 113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA) | 3            | QL (1 PER 30 DAYS)                     |
| <i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>                                                | 2            | BVD, (Route to BVSD with an AWD note.) |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                              | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES  |
|--------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------|
| STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5<br>MCG/ACT AERO SOLN                            | 3     | QL (4 PER 30 DAYS)  |
| TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25<br>MCG/ACT AER POW BA                        | 3     | QL (60 PER 30 DAYS) |
| TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25<br>MCG/ACT AER POW BA                        | 3     | QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>wixela inhub (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act,<br/>500-50 mcg/act)</i> | 3     | QL (60 PER 30 DAYS) |

## SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

|                                                                  |   |                          |
|------------------------------------------------------------------|---|--------------------------|
| <i>baclofen (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>                 | 2 |                          |
| <i>carisoprodol 350 mg tab</i>                                   | 2 | QL (120 PER 30 DAYS)     |
| <i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10<br/>mg tab)</i> | 2 |                          |
| <i>metaxalone 800 mg tab</i>                                     | 3 |                          |
| <i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>                    | 2 |                          |
| <i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>                       | 2 |                          |
| <i>tizanidine hcl 2 mg cap</i>                                   | 2 | ST, QL (540 PER 30 DAYS) |
| <i>tizanidine hcl 4 mg cap</i>                                   | 2 | ST, QL (270 PER 30 DAYS) |
| <i>tizanidine hcl 6 mg cap</i>                                   | 2 | ST, QL (180 PER 30 DAYS) |

## SLEEP DISORDER AGENTS

### SLEEP PROMOTING AGENTS

|                                                         |   |                         |
|---------------------------------------------------------|---|-------------------------|
| BELSOMRA (5 MG TAB, 10 MG TAB,<br>15 MG TAB, 20 MG TAB) | 4 | ST, QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>       | 2 | QL (30 PER 30 DAYS)     |
| <i>ramelteon 8 mg tab</i>                               | 2 | QL (30 PER 30 DAYS)     |
| <i>temazepam 15 mg cap</i>                              | 2 | QL (60 PER 30 DAYS)     |
| <i>temazepam 30 mg cap</i>                              | 2 | QL (30 PER 30 DAYS)     |
| <i>triazolam (0.125 mg tab, 0.25 mg tab)</i>            | 3 | QL (30 PER 30 DAYS)     |
| <i>zaleplon (5 mg cap, 10 mg cap)</i>                   | 2 | QL (30 PER 30 DAYS)     |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                        | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES  |
|--------------------------------------------------------------------|-------|---------------------|
| <i>zolpidem tartrate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                     | 2     | QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab er, er 12.5 mg tab er)</i> | 2     | QL (30 PER 30 DAYS) |

## WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS

|                                                                    |   |                         |
|--------------------------------------------------------------------|---|-------------------------|
| <i>armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)</i> | 3 | QL (90 PER 30 DAYS)     |
| <i>modafinil (100 mg tab, 200 mg tab)</i>                          | 3 | QL (90 PER 30 DAYS)     |
| SUNOSI (75 MG TAB, 150 MG TAB)                                     | 4 | ST, QL (30 PER 30 DAYS) |
| WAKIX (4.45 MG TAB, 17.8 MG TAB)                                   | 5 | PA, QL (60 PER 30 DAYS) |

## Uncategorized

### Unclassified

|                                                      |   |                              |
|------------------------------------------------------|---|------------------------------|
| CAREPOINT SAFETY1ST<br>SYR/NEEDLE 25G X 1" 3 ML MISC | 2 |                              |
| CAREPOINT SYRINGE LUER LOCK<br>25G X 1" 3 ML MISC    | 2 |                              |
| EASYPPOINT NEEDLE/SYRINGE 25G<br>X 1" 3 ML MISC      | 2 |                              |
| MONOJECT ALLERGIST TRAY 27G<br>X 1/2" 1 ML KIT       | 2 |                              |
| MONOJECT MAGELLAN SYRINGE<br>25G X 1" 3 ML MISC      | 2 |                              |
| MONOJECT SYRINGE 25G X 1" 3 ML<br>MISC               | 2 |                              |
| OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5<br>MISC                 | 3 | PA, QL (15 PER 30 OVER TIME) |
| OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5) MISC                       | 3 | PA, QL (15 PER 30 OVER TIME) |
| OMNIPOD 5 LIBRE PODS MISC                            | 3 | PA, QL (15 PER 30 OVER TIME) |
| OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)<br>MISC                 | 3 |                              |
| OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)<br>MISC                    | 3 | PA, QL (15 PER 30 OVER TIME) |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                    | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b> |
|-------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| SOL-CARE SAFETY SYRINGE<br>ALLERG 27G X 1/2" 1 ML KIT | 2            |                           |
| VERISAFE SAFE STERILE SYRINGE<br>25G X 1" 3 ML MISC   | 2            |                           |

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

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

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

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

# Índice de medicamentos

|          |                             |         |                               |     |                               |         |
|----------|-----------------------------|---------|-------------------------------|-----|-------------------------------|---------|
| <b>A</b> | abacavir sulfate            | 51      | alendronate sodium            | 122 | amphetamine-dextroamphetamine | 78      |
|          | abacavir sulfate-lamivudine | 51      | alfuzosin hcl er              | 102 | amphetamine-                  |         |
|          | abigale                     | 105     | aliskiren fumarate            | 113 | dextroamphetamine             | 78      |
|          | abigale lo                  | 105     | allopurinol                   | 29  | AMPHOTERICIN B                | 26      |
|          | ABILIFY ASIMTUFII           | 45      | ALOGLIPTIN BENZOATE           | 60  | amphotericin b liposome       | 26      |
|          | ABILIFY MAINTENA            | 45      | ALOGLIPTIN-METFORMIN          |     | ampicillin                    | 6       |
|          | abiraterone acetate         | 30      | HCL                           | 60  | ampicillin sodium             | 6       |
|          | abirtega                    | 31      | ALOGLIPTIN-                   |     | ampicillin-sulbactam sodium   | 6       |
|          | ABRYSVO                     | 119     | PIOGLITAZONE                  | 60  | anagrelide hcl                | 66      |
|          | acamprosate calcium         | 4       | alosetron hcl                 | 98  | anastrozole                   | 31      |
|          | acarbose                    | 60      | ALPHAGAN P                    | 129 | ANORO ELLIPTA                 | 135     |
|          | accutane                    | 82      | alprazolam                    | 58  | APLENZIN                      | 21      |
|          | acebutolol hcl              | 71      | alprazolam er                 | 59  | apomorphine hcl               | 44      |
|          | acetaminophen-codeine       | 1       | ALPRAZOLAM INTENSOL           | 59  | APRACLOPIDINE HCL             | 129     |
|          | acetazolamide               | 73      | alprazolam xr                 | 59  | aprepitant                    | 25      |
|          | acetazolamide er            | 73      | ALTOPREV                      | 76  | apri                          | 105     |
|          | acetic acid                 | 129     | ALTRENO                       | 82  | APTIVUS                       | 52      |
|          | acetylcysteine              | 134     | ALTRIXA OB                    | 86  | AQ INSULIN SYRINGE            | 123,124 |
|          | acitretin                   | 82      | ALUNBRIG                      | 31  | AQINJECT PEN NEEDLE           | 124     |
|          | ACTHIB                      | 119     | amabelz                       | 105 | AQNEURSA                      | 100     |
|          | ACTIMMUNE                   | 31      | amantadine hcl                | 44  | ARANELLE                      | 105     |
|          | acyclovir                   | 51,52   | ambrisentan                   | 133 | ARANESP (ALBUMIN              |         |
|          | acyclovir sodium            | 52      | amikacin sulfate              | 5   | FREE)                         | 66,67   |
|          | ADACEL                      | 119     | amiloride hcl                 | 75  | ARCALYST                      | 114     |
|          | adapalene                   | 82      | AMILORIDE-                    |     | AREXVY                        | 119     |
|          | ADBRY                       | 83      | HYDROCHLOROTHIAZIDE           | 73  | arformoterol tartrate         | 132     |
|          | adefovir dipivoxil          | 52      | amiodarone hcl                | 70  | ARIKAYCE                      | 6       |
|          | ADEMPAS                     | 133     | amitriptyline hcl             | 21  | aripiprazole                  | 45,46   |
|          | AGONEAZE                    | 4       | AMJEVITA                      | 114 | ARISTADA                      | 46      |
|          | AJOVY                       | 29      | amlodipine besy-benazepril    |     | ARISTADA INITIO               | 46      |
|          | ak-poly-bac                 | 126     | hcl                           | 73  | ARMLUPEG                      | 67      |
|          | AKEEGA                      | 31      | amlodipine besylate           | 72  | armodafinil                   | 137     |
|          | albendazole                 | 43      | amlodipine besylate-valsartan | 73  | ARNUITY ELLIPTA               | 130     |
|          | albuterol sulfate           | 131,132 | amlodipine-atorvastatin       | 74  | ascomp-codeine                | 1       |
|          | albuterol sulfate hfa       | 132     | amlodipine-olmesartan         | 74  | asenapine maleate             | 46      |
|          | alclometasone dipropionate  | 83      | ammonium lactate              | 83  | ASMANEX (120 METERED          |         |
|          | ALCOH-GLOVE CONTOURED       |         | amnesteem                     | 82  | DOSES)                        | 130     |
|          | WIPE                        | 123     | amoxapine                     | 21  | ASMANEX (30 METERED           |         |
|          | ALECENSA                    | 31      | amoxicillin                   | 5   | DOSES)                        | 130     |
|          |                             |         | amoxicillin trihydrate        | 5   | ASMANEX (60 METERED           |         |
|          |                             |         | amoxicillin-pot clavulanate   | 5,6 | DOSES)                        | 130     |

|                                      |         |                                         |     |                                        |         |
|--------------------------------------|---------|-----------------------------------------|-----|----------------------------------------|---------|
| ASMANEX HFA.....                     | 130     | bacitra-neomycin-polymyxin-<br>hc.....  | 126 | BETOPTIC-S.....                        | 128     |
| aspirin-dipyridamole er.....         | 68      | BACITRACIN-POLYMYXIN<br>B.....          | 126 | BEVESPI AEROSPHERE.....                | 135     |
| ATABEX EC.....                       | 86      | baclofen.....                           | 136 | bexarotene.....                        | 31      |
| atazanavir sulfate.....              | 52      | balsalazide disodium.....               | 122 | BEXSERO.....                           | 119     |
| atenolol.....                        | 71      | BALVERSA.....                           | 31  | bicalutamide.....                      | 32      |
| atenolol-chlorthalidone.....         | 74      | balziva.....                            | 105 | BICILLIN C-R.....                      | 7       |
| atomoxetine hcl.....                 | 78      | BAQSIMI ONE PACK.....                   | 63  | BICILLIN C-R 900/300.....              | 7       |
| ATOMOXETINE HCL.....                 | 78      | BAQSIMI TWO PACK.....                   | 63  | BICILLIN L-A.....                      | 7       |
| atorvastatin calcium.....            | 76      | BARACLUDE.....                          | 52  | BIKTARVY.....                          | 52      |
| atovaquone.....                      | 43      | BAXDELA.....                            | 6,7 | BILDYOS.....                           | 122     |
| atovaquone-proguanil hcl.....        | 43      | BCG VACCINE.....                        | 119 | BILPREVDA.....                         | 122     |
| atropine sulfate.....                | 126     | BD INSULIN SYRINGE<br>MICROFINE.....    | 124 | bimatoprost.....                       | 129     |
| ATTRUBY.....                         | 100     | BD INSULIN SYRINGE U-<br>500.....       | 124 | bis subcit-metronid-tetracyc.....      | 98      |
| AUGTYRO.....                         | 31      | BD SAFETYGLIDE INSULIN<br>SYRINGE.....  | 124 | bismuth/metronidaz/tetracyclin.....    | 99      |
| AURANOFIN.....                       | 114     | BELSOMRA.....                           | 136 | bisoprolol fumarate.....               | 71      |
| AUSTEDO.....                         | 80      | benazepril hcl.....                     | 70  | bisoprolol-hydrochlorothiazide.....    | 74      |
| AUSTEDO XR.....                      | 80      | benazepril-<br>hydrochlorothiazide..... | 74  | BIVIGAM.....                           | 113     |
| AUSTEDO XR PATIENT<br>TITRATION..... | 80      | BENLYSTA.....                           | 114 | blisovi fe 1.5/30.....                 | 105     |
| AUTOKEEPER SAFETY PEN<br>NEEDLE..... | 124     | benzoyl peroxide-<br>erythromycin.....  | 82  | BOOSTRIX.....                          | 120     |
| AUVELITY.....                        | 21      | benztropine mesylate.....               | 44  | bosentan.....                          | 134     |
| AUVI-Q.....                          | 132     | bepotastine besilate.....               | 126 | BOSULIF.....                           | 32      |
| aviane.....                          | 105     | BEQALZI.....                            | 31  | bosutinib.....                         | 32      |
| AVMAPKI FAKZYNJA CO-<br>PACK.....    | 31      | BEQALZI STARTER PACK.....               | 31  | BRAFTOVI.....                          | 32      |
| AVTOZMA.....                         | 114     | BESIVANCE.....                          | 126 | BREO ELLIPTA.....                      | 135     |
| AYVAKIT.....                         | 31      | BESREMI.....                            | 31  | breyana.....                           | 135     |
| azathioprine.....                    | 117     | BESREMI PEN.....                        | 31  | BREZTRI AEROSPHERE.....                | 135     |
| azelaic acid.....                    | 82      | betaine.....                            | 101 | briellyn.....                          | 105     |
| azelastine hcl.....                  | 126,131 | betamethasone dipropionate.....         | 83  | brimonidine tartrate.....              | 129     |
| azelastine-fluticasone.....          | 131     | betamethasone dipropionate<br>aug.....  | 83  | brinzolamide.....                      | 129     |
| AZELEX.....                          | 82      | betamethasone valerate.....             | 83  | brivaracetam.....                      | 15      |
| AZENTRA.....                         | 86      | betaxolol hcl.....                      | 71  | bromfenac sodium (once-<br>daily)..... | 128     |
| AZESCO.....                          | 86      | BETAXOLOL HCL.....                      | 128 | bromocriptine mesylate.....            | 44      |
| azithromycin.....                    | 6       | bethanechol chloride.....               | 102 | BRONCHITOL.....                        | 133     |
| aztreonam.....                       | 6       |                                         |     | BRONCHITOL TOLERANCE<br>TEST.....      | 133     |
| azurette.....                        | 105     |                                         |     | BRUKINSA.....                          | 32      |
|                                      |         |                                         |     | budesonide.....                        | 103,130 |
|                                      |         |                                         |     | budesonide er.....                     | 103     |
|                                      |         |                                         |     | budesonide-formoterol<br>fumarate..... | 135     |

## B

|                                 |     |                              |     |                                  |           |
|---------------------------------|-----|------------------------------|-----|----------------------------------|-----------|
| bumetanide.....                 | 75  | CAPLYTA.....                 | 46  | cephalexin.....                  | 8         |
| buprenorphine.....              | 3   | CAPRELSA.....                | 32  | cetirizine hcl.....              | 131       |
| buprenorphine hcl.....          | 4   | captopril.....               | 70  | CHEMET.....                      | 96        |
| buprenorphine hcl-naloxone      |     | carbamazepine.....           | 15  | CHENODAL.....                    | 99        |
| hcl.....                        | 4   | CARBAMAZEPINE.....           | 15  | chlorhexidine gluconate.....     | 81        |
| bupropion hcl.....              | 21  | carbamazepine er.....        | 15  | chloroquine phosphate.....       | 43        |
| bupropion hcl er (smoking det)  | 4   | carbidopa.....               | 44  | chlorpromazine hcl.....          | 46        |
| bupropion hcl er (sr).....      | 21  | carbidopa-levodopa.....      | 44  | chlorthalidone.....              | 75        |
| bupropion hcl er (xl).....      | 21  | carbidopa-levodopa er.....   | 44  | CHOLBAM.....                     | 101       |
| BUPROPION HCL ER (XL).....      | 21  | CARBIDOPA-LEVODOPA ER        | 44  | cholestyramine.....              | 76        |
| bupirone hcl.....               | 59  | carbidopa-levodopa-          |     | cholestyramine light.....        | 76        |
| butalbital-apap-caff-cod.....   | 1   | entacapone.....              | 45  | ciclopirox.....                  | 85        |
| butalbital-apap-cafeine.....    | 1   | CAREPOINT SAFETY1ST          |     | ciclopirox olamine.....          | 85        |
| butalbital-asa-caff-codeine.... | 1   | SYR/NEEDLE.....              | 137 | cilostazol.....                  | 69        |
| butalbital-aspirin-cafeine..... | 1   | CAREPOINT SYRINGE LUER       |     | CILOXAN.....                     | 126       |
| BYSANTI.....                    | 46  | LOCK.....                    | 137 | CIMDUO.....                      | 52        |
| BYSANTI TITRATION PACK          |     | carglumic acid.....          | 101 | cimetidine.....                  | 100       |
| A.....                          | 46  | carisoprodol.....            | 136 | cinacalcet hcl.....              | 122       |
| BYSANTI TITRATION PACK          |     | CARTEOLOL HCL.....           | 128 | ciprofloxacin hcl.....           | 9,126,129 |
| B.....                          | 46  | cartia xt.....               | 72  | ciprofloxacin in d5w.....        | 9         |
| BYSANTI TITRATION PACK          |     | carvedilol.....              | 71  | ciprofloxacin-dexamethasone      | 130       |
| C.....                          | 46  | carvedilol phosphate er..... | 71  | ciprofloxacin-hydrocortisone..   | 130       |
| <b>C</b>                        |     | casprofungin acetate.....    | 26  | citalopram hydrobromide....      | 21,22     |
| C-NATE DHA.....                 | 86  | cataflam.....                | 1   | CITRANATAL 90 DHA.....           | 86        |
| cabergoline.....                | 112 | CAYSTON.....                 | 7   | CITRANATAL ASSURE.....           | 87        |
| CABLIVI.....                    | 69  | CEFACLOR.....                | 7   | CITRANATAL B-CALM.....           | 87        |
| CABOMETYX.....                  | 32  | CEFACLOR ER.....             | 7   | CITRANATAL DHA.....              | 87        |
| calcipotriene.....              | 85  | cefadroxil.....              | 7   | CITRANATAL HARMONY.....          | 87        |
| calcipotriene-betameth          |     | cefazolin sodium.....        | 7   | claravis.....                    | 82        |
| diprop.....                     | 85  | cefdinir.....                | 7   | clarithromycin.....              | 9         |
| calcitonin (salmon).....        | 122 | cefepime hcl.....            | 7   | clarithromycin er.....           | 9         |
| CALCITRIOL.....                 | 85  | cefixime.....                | 8   | CLENPIQ.....                     | 99        |
| calcitriol.....                 | 122 | cefoxitin sodium.....        | 8   | CLEOCIN.....                     | 85        |
| calcium acetate.....            | 97  | CEFPODOXIME PROXETIL...      | 8   | clindamycin hcl.....             | 9         |
| calcium acetate (phos           |     | cefprozil.....               | 8   | clindamycin palmitate hcl.....   | 9         |
| binder).....                    | 97  | ceftaroline fosamil.....     | 8   | clindamycin phos (once-daily)..  | 85        |
| CALQUENCE.....                  | 32  | CEFTAZIDIME.....             | 8   | clindamycin phos (twice-daily).. | 85        |
| camila.....                     | 110 | ceftriaxone sodium.....      | 8   | clindamycin phos-benzoyl         |           |
| candesartan cilexetil.....      | 69  | cefuroxime axetil.....       | 8   | perox.....                       | 82        |
| candesartan cilexetil-hctz....  | 74  | cefuroxime sodium.....       | 8   | clindamycin phosphate.....       | 9,86      |
|                                 |     | celecoxib.....               | 1   | clindamycin phosphate in d5w...  | 9         |

|                                     |       |                                   |         |                                 |         |
|-------------------------------------|-------|-----------------------------------|---------|---------------------------------|---------|
| CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5).....   | 87    | COBENFY.....                      | 47      | ciproheptadine hcl.....         | 131     |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10).....  | 87    | COBENFY STARTER PACK.....         | 47      | CYSTAGON.....                   | 101     |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5).....   | 87    | colchicine.....                   | 29      | <b>D</b>                        |         |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15).....     | 87    | colchicine-probenecid.....        | 29      |                                 |         |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20).....     | 87    | colesevelam hcl.....              | 76      | dabigatran etexilate mesylate.. | 65      |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10).....     | 87    | colestipol hcl.....               | 76      | dalbavancin hcl.....            | 9       |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14).....     | 87    | colistimethate sodium (cba)...    | 9       | dalfampridine er.....           | 81      |
| CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10).....    | 87    | COMBIGAN.....                     | 126     | danazol.....                    | 104     |
| CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....     | 87    | COMBIVENT RESPIMAT.....           | 135     | DANZITEN.....                   | 32      |
| CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....       | 87    | COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)..... | 32      | dapaglifloz base-metformin er.. | 60      |
| CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....       | 87    | COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)..... | 32      | dapagliflozin.....              | 60      |
| CLINIMIX/DEXTROSE (6/5).....        | 87    | COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....  | 32      | dapsone.....                    | 30,86   |
| CLINIMIX/DEXTROSE (8/10).....       | 87    | COMPLETE NATAL DHA.....           | 88      | DAPTACEL.....                   | 120     |
| CLINIMIX/DEXTROSE (8/14).....       | 87    | COMPLETENATE.....                 | 88      | daptomycin.....                 | 9,10    |
| clinisol sf.....                    | 88    | compro.....                       | 47      | DAPTOMYCIN.....                 | 9,10    |
| clobazam.....                       | 15    | constulose.....                   | 97      | darifenacin hydrobromide er..   | 102     |
| clobetasol prop emollient base..... | 83    | COPIKTRA.....                     | 32      | darunavir.....                  | 52      |
| clobetasol propionate.....          | 83    | COSENTYX.....                     | 115     | dasatinib.....                  | 32      |
| clobetasol propionate e.....        | 83    | COSENTYX (300 MG DOSE).....       | 115     | DAURISMO.....                   | 32      |
| clomipramine hcl.....               | 22    | COSENTYX SENSOREADY (300 MG)..... | 115     | deferasirox.....                | 96      |
| clonazepam.....                     | 15,16 | COSENTYX SENSOREADY PEN.....      | 115     | deferasirox granules.....       | 96      |
| clonidine.....                      | 113   | COSENTYX UNOREADY.....            | 115     | deferiprone.....                | 96      |
| clonidine hcl.....                  | 113   | COTELLIC.....                     | 32      | DELSTRIGO.....                  | 52      |
| clonidine hcl er.....               | 79    | CREON.....                        | 101     | DEPO-ESTRADIOL.....             | 105     |
| clopidogrel bisulfate.....          | 69    | CRESEMBA.....                     | 27      | DEPO-SUBQ PROVERA.....          | 104,110 |
| clorazepate dipotassium.....        | 59    | CRINONE.....                      | 110     | DERMACINRX PNV.....             |         |
| clotrimazole.....                   | 27    | cromolyn sodium.....              | 101,132 | DERMACINRX PRETRATE.....        | 88      |
| clotrimazole-betamethasone.....     | 27    | CROMOLYN SODIUM.....              | 128     | DESCOVY.....                    | 52      |
| clozapine.....                      | 46,47 | cryselle.....                     | 105     | desipramine hcl.....            | 22      |
| CO-NATAL FA.....                    | 88    | cryselle-28.....                  | 105     | desloratadine.....              | 131     |
| COARTEM.....                        | 43    | cyclobenzaprine hcl.....          | 136     | desmopressin ace spray.....     |         |
|                                     |       | CYCLOPHOSPHAMIDE.....             | 32      | refrig.....                     | 104     |
|                                     |       | cyclosporine.....                 | 117,118 | desmopressin acetate.....       | 104     |
|                                     |       | cyclosporine (pf).....            | 126     | desogestrel-ethinyl estradiol.. | 105     |
|                                     |       | cyclosporine modified.....        | 118     | desonide.....                   | 83      |
|                                     |       |                                   |         | desoximetasone.....             | 83      |
|                                     |       |                                   |         | DESVENLAFAXINE ER.....          | 22      |
|                                     |       |                                   |         | desvenlafaxine succinate er.... | 22      |
|                                     |       |                                   |         | dexamethasone.....              | 103     |
|                                     |       |                                   |         | DEXAMETHASONE.....              | 103     |

|                                     |       |                                     |     |                                     |                        |    |
|-------------------------------------|-------|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|------------------------|----|
| DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE..... | 128   | divalproex sodium.....              | 16  | efavirenz.....                      | 53                     |    |
| dexmethylphenidate hcl er... 79     |       | divalproex sodium er.....           | 16  | efavirenz-emtricitab-tenofo df..    | 53                     |    |
| dextroamphetamine sulfate.. 79      |       | dofetilide.....                     | 70  | efavirenz-lamivudine-tenofovir..    | 53                     |    |
| dextroamphetamine sulfate er.....   | 79    | dolishale.....                      | 105 | eletriptan hydrobromide.....        | 29                     |    |
| dextrose.....                       | 88    | donepezil hcl.....                  | 20  | ELIGARD.....                        | 33                     |    |
| DEXTROSE-NACL.....                  | 88    | dorzolamide hcl.....                | 129 | ELIQUIS.....                        | 65                     |    |
| dextrose-sodium chloride....        | 88    | dorzolamide hcl-timolol mal..       | 126 | ELIQUIS (1.5 MG PACK).....          | 65                     |    |
| DIACOMIT.....                       | 16    | dorzolamide hcl-timolol mal pf..... | 126 | ELIQUIS (2 MG PACK).....            | 65                     |    |
| diazepam.....                       | 16,59 | dotti.....                          | 106 | ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....    | 65                     |    |
| diazepam intensol.....              | 59    | DOVATO.....                         | 52  | ELMIRON.....                        | 102                    |    |
| diazoxide.....                      | 63    | doxazosin mesylate.....             | 113 | eltrombopag olamine.....            | 67                     |    |
| dichlorphenamide.....               | 101   | doxepin hcl.....                    | 22  | eluryng.....                        | 106                    |    |
| diclofenac potassium.....           | 1     | doxercalciferol.....                | 123 | EMBECTA INSULIN SYRINGE.....        | 124                    |    |
| diclofenac potassium(migraine)..... | 29    | doxy 100.....                       | 10  | EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100.....  | 124                    |    |
| diclofenac sodium.....              | 2,128 | doxycycline hyclate.....            | 10  | EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500.....  | 124                    |    |
| diclofenac sodium er.....           | 2     | doxycycline monohydrate.....        | 10  | EMBRIVA.....                        | 88                     |    |
| dicloxacillin sodium.....           | 10    | DRIZALMA SPRINKLE.....              | 22  | EMGALITY.....                       | 29                     |    |
| dicyclomine hcl.....                | 98    | dronabinol.....                     | 25  | EMGALITY (300 MG DOSE).....         | 29                     |    |
| DIFICID.....                        | 10    | DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE..... | 124 | EMSAM.....                          | 22                     |    |
| diflunisal.....                     | 2     | drospiren-eth estrad-levomefol..... | 106 | emtricitab-rlpivir-tenofov df... 53 |                        |    |
| digoxin.....                        | 70    | drospirenone-ethinyl estradiol..... | 106 | emtricitabine.....                  | 53                     |    |
| dihydroergotamine mesylate.. 29     |       | droxidopa.....                      | 69  | emtricitabine-tenofovir df.....     | 53                     |    |
| DILANTIN.....                       | 16    | DUAVEE.....                         | 111 | EMTRIVA.....                        | 53                     |    |
| DILANTIN INFATABS.....              | 16    | DUET DHA 400.....                   | 88  | enalapril maleate.....              | 70                     |    |
| DILANTIN-125.....                   | 16    | DUET DHA BALANCED.....              | 88  | enalapril-hydrochlorothiazide.. 74  |                        |    |
| dilt-xr.....                        | 72    | duloxetine hcl.....                 | 22  | ENBREL.....                         | 115                    |    |
| diltiazem hcl.....                  | 72    | DULOXETINE HCL.....                 | 22  | ENBREL MINI.....                    | 118                    |    |
| diltiazem hcl er.....               | 72    | DUPIXENT.....                       | 115 | ENBREL SURECLICK.....               | 115                    |    |
| diltiazem hcl er beads.....         | 72    | dutasteride.....                    | 102 | ENGERIX-B.....                      | 120                    |    |
| diltiazem hcl er coated beads 72    |       | dutasteride-tamsulosin hcl... 102   |     | enilloring.....                     | 106                    |    |
| dimethyl fumarate.....              | 81    | <b>E</b>                            |     |                                     | enoxaparin sodium..... | 66 |
| dimethyl fumarate starter pack..... | 81    | EASYPPOINT.....                     |     | ENSACOVE.....                       | 33                     |    |
| DIPENTUM.....                       | 122   | EDARBYCLOR.....                     | 74  | ENSPRYNG.....                       | 115                    |    |
| diphenoxylate-atropine.....         | 98    | EDURANT PED.....                    | 52  | ENSTILAR.....                       | 85                     |    |
| DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....         | 98    | econazole nitrate.....              | 27  | entacapone.....                     | 45                     |    |
| disulfiram.....                     | 5     |                                     |     | entecavir.....                      | 53                     |    |
|                                     |       |                                     |     | ENTRESTO.....                       | 74                     |    |

|                                    |           |                               |        |                                     |           |
|------------------------------------|-----------|-------------------------------|--------|-------------------------------------|-----------|
| ENTYVIO PEN.....                   | 115       | EUCRISA.....                  | 83     | FILSPARI.....                       | 74        |
| enulose.....                       | 97        | EULEXIN.....                  | 33     | FINACEA.....                        | 82        |
| ENVARSUS XR.....                   | 118       | EVENITY.....                  | 123    | finasteride.....                    | 102       |
| EPIDIOLEX.....                     | 16        | everolimus.....               | 33,118 | fingolimod hcl.....                 | 81        |
| EPINEPHRINE.....                   | 132       | EVOTAZ.....                   | 53     | FINTEPLA.....                       | 16        |
| epinephrine.....                   | 132       | exemestane.....               | 33     | FIRMAGON.....                       | 33        |
| eplerenone.....                    | 77        | EXXUA.....                    | 23     | FIRMAGON (240 MG DOSE).....         | 33        |
| EPOGEN.....                        | 67        | EXXUA TITRATION PACK.....     | 23     | FIRVANQ.....                        | 11        |
| EPRONTIA.....                      | 16        | ezetimibe.....                | 76     | FLAREX.....                         | 128       |
| EQUETRO.....                       | 47        | ezetimibe-simvastatin.....    | 76     | flavoxate hcl.....                  | 102       |
| ERIVEDGE.....                      | 33        | <b>F</b>                      |        | flecainide acetate.....             | 70        |
| ERLEADA.....                       | 33        |                               |        | fluconazole.....                    | 27        |
| erlotinib hcl.....                 | 33        | famciclovir.....              | 53     | fluconazole in sodium chloride..... | 27        |
| errin.....                         | 110       | famotidine.....               | 100    | flucytosine.....                    | 27        |
| ertapenem sodium.....              | 10        | FANAPT.....                   | 47     | fludrocortisone acetate.....        | 103       |
| ERY.....                           | 86        | FANAPT TITRATION PACK A.....  | 47     | flunisolide.....                    | 130       |
| erythrocin lactobionate.....       | 10        | FANAPT TITRATION PACK B.....  | 48     | fluocinolone acetonide.....         | 83,84,130 |
| erythromycin.....                  | 10,86,127 | FANAPT TITRATION PACK C.....  | 48     | fluocinolone acetonide scalp.....   | 84        |
| erythromycin base.....             | 11        | FARXIGA.....                  | 60     | fluocinonide.....                   | 84        |
| erythromycin ethylsuccinate.....   | 11        | FASENRA.....                  | 115    | fluocinonide emulsified base.....   | 84        |
| erythromycin lactobionate.....     | 11        | FASENRA PEN.....              | 115    | fluorometholone.....                | 128       |
| ERZOFRI.....                       | 47        | febuxostat.....               | 29     | fluorouracil.....                   | 85        |
| escitalopram oxalate.....          | 22        | feirza 1.5/30.....            | 106    | fluoxetine hcl.....                 | 23        |
| eslicarbazepine acetate.....       | 16        | feirza 1/20.....              | 106    | FLUOXETINE HCL.....                 | 23        |
| esomeprazole magnesium.....        | 100       | felbamate.....                | 16     | FLUOXETINE HCL (PMDD).....          | 23        |
| ESSENTRA WIPES 9X9".....           | 124       | felodipine er.....            | 72     | fluphenazine decanoate.....         | 48        |
| estarylla.....                     | 106       | FEMRING.....                  | 107    | fluphenazine hcl.....               | 48        |
| estradiol.....                     | 106       | fenofibrate.....              | 76     | FLUPHENAZINE HCL.....               | 48        |
| estradiol-norethindrone acet.....  | 106       | fenofibrate micronized.....   | 76     | flurbiprofen.....                   | 2         |
| estrogens conjugated.....          | 106       | fenofibric acid.....          | 76     | FLURBIPROFEN SODIUM.....            | 128       |
| eszopiclone.....                   | 136       | fenoprofen calcium.....       | 2      | FLUTICASONE FUROATE-.....           |           |
| ETCAMAH.....                       | 33        | fentanyl.....                 | 3      | VILANTEROL.....                     | 135       |
| ethacrynic acid.....               | 75        | FERRIPROX.....                | 96     | fluticasone propionate.....         | 84,130    |
| ethambutol hcl.....                | 30        | fesoterodine fumarate er..... | 102    | FLUTICASONE PROPIONATE.....         |           |
| ethosuximide.....                  | 16        | FETZIMA.....                  | 23     | DISKUS.....                         | 130,131   |
| ethynodiol diac-eth estradiol..... | 106       | FETZIMA TITRATION.....        | 23     | FLUTICASONE PROPIONATE.....         |           |
| etodolac.....                      | 2         | FIASP.....                    | 63     | HFA.....                            | 131       |
| etodolac er.....                   | 2         | FIASP FLEXTOUCH.....          | 63     | fluticasone propionate hfa.....     | 131       |
| etonogestrel-ethinyl.....          |           | FIASP PENFILL.....            | 63     | fluticasone-salmeterol.....         | 135       |
| estradiol.....                     | 106       | fidaxomicin.....              | 11     | FLUTICASONE-.....                   |           |
| etravirine.....                    | 53        |                               |        | SALMETEROL.....                     | 135       |

|                                  |       |                                  |           |                                     |        |
|----------------------------------|-------|----------------------------------|-----------|-------------------------------------|--------|
| fluvastatin sodium.....          | 77    | gemfibrozil.....                 | 77        | haloperidol lactate.....            | 48     |
| fluvoxamine maleate.....         | 23    | generlac.....                    | 98        | HAVRIX.....                         | 120    |
| fluvoxamine maleate er.....      | 23    | gengraf.....                     | 118       | heather.....                        | 110    |
| FML FORTE.....                   | 128   | GENOTROPIN.....                  | 99        | HEMADY.....                         | 103    |
| FOLATEXCEL.....                  | 88    | GENOTROPIN MINIQUEL.....         | 99        | heparin sodium (porcine).....       | 66     |
| fondaparinux sodium.....         | 66    | GENTAMICIN IN SALINE.....        | 11        | heparin sodium (porcine) +rfid..... | 66     |
| formoterol fumarate.....         | 132   | gentamicin sulfate.....          | 11,86,127 | heparin sodium (porcine) pf.....    | 66     |
| fosamprenavir calcium.....       | 53    | GENVOYA.....                     | 53        | HEPLISAV-B.....                     | 120    |
| fosfomycin tromethamine.....     | 11    | GESTYRA.....                     | 88        | HERNEXEOS.....                      | 34     |
| fosinopril sodium.....           | 70    | GILOTRIF.....                    | 33        | HIBERIX.....                        | 120    |
| fosinopril sodium-hctz.....      | 74    | glatiramer acetate.....          | 81        | HUMALOG.....                        | 64     |
| FOTIVDA.....                     | 33    | glatopa.....                     | 81        | HUMALOG JUNIOR                      |        |
| frovatriptan succinate.....      | 29    | glimepiride.....                 | 60        | KWIKPEN.....                        | 64     |
| FRUZAQLA.....                    | 33    | glipizide.....                   | 60        | HUMALOG KWIKPEN.....                | 64     |
| FULPHILA.....                    | 67    | glipizide er.....                | 60        | HUMALOG MIX 50/50.....              | 64     |
| furosemide.....                  | 75    | glipizide xl.....                | 60        | HUMALOG MIX 50/50                   |        |
| FUROSEMIDE.....                  | 76    | glipizide-metformin hcl.....     | 60        | KWIKPEN.....                        | 64     |
| fyavolv.....                     | 107   | glucagon emergency.....          | 63        | HUMALOG MIX 75/25.....              | 64     |
| FYLNETRA.....                    | 67    | glyburide-metformin.....         | 60        | HUMALOG MIX 75/25                   |        |
|                                  |       | glycopyrrolate.....              | 98        | KWIKPEN.....                        | 64     |
|                                  |       | GLYXAMBI.....                    | 60        | HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....        | 64     |
| <b>G</b>                         |       | GOMEKLI.....                     | 33,34     | hydralazine hcl.....                | 78     |
| gabapentin.....                  | 16,17 | granisetron hcl.....             | 25        | hydrochlorothiazide.....            | 76     |
| galantamine hydrobromide.....    | 20    | GRANIX.....                      | 67        | hydrocodone-acetaminophen.....      | 1      |
| GALANTAMINE                      |       | griseofulvin microsize.....      | 27        | HYDROCODONE-                        |        |
| HYDROBROMIDE.....                | 21    | griseofulvin ultramicrosize..... | 27        | ACETAMINOPHEN.....                  | 1      |
| galantamine hydrobromide er..... | 21    | guanfacine hcl er.....           | 79        | hydrocortisone.....                 | 84,103 |
| gallifrey.....                   | 110   | GVOKE HYPOPEN 1-PACK.....        | 63        | hydrocortisone (perianal).....      | 84     |
| GAMMAGARD.....                   | 113   | GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....        | 63        | HYDROCORTISONE ACE-                 |        |
| GAMMAGARD S/D LESS               |       | GVOKE KIT.....                   | 63        | PRAMOXINE.....                      | 85     |
| IGA.....                         | 113   | GVOKE PFS.....                   | 63        | hydrocortisone-acetic acid.....     | 130    |
| GAMMAKED.....                    | 113   |                                  |           | hydromorphone hcl.....              | 3      |
| GAMMAPLEX.....                   | 113   | <b>H</b>                         |           | hydroxychloroquine sulfate.....     | 43     |
| GAMUNEX-C.....                   | 114   | HADLIMA.....                     | 116       | hydroxyurea.....                    | 34     |
| GARDASIL 9.....                  | 120   | HADLIMA PUSHTOUCH.....           | 116       | hydroxyzine hcl.....                | 25     |
| gatifloxacin.....                | 127   | HAEGARDA.....                    | 113       | hydroxyzine pamoate.....            | 25     |
| GATTEX.....                      | 99    | hailey 24 fe.....                | 107       | HYRNUO.....                         | 34     |
| GAVILYTE-C.....                  | 99    | hailey fe 1/20.....              | 107       |                                     |        |
| gavilyte-g.....                  | 99    | halobetasol propionate.....      | 84        | <b>I</b>                            |        |
| gavilyte-n with flavor pack..... | 99    | haloperidol.....                 | 48        | ibandronate sodium.....             | 123    |
| GAVRETO.....                     | 33    | haloperidol decanoate.....       | 48        | IBRANCE.....                        | 34     |
| gefitinib.....                   | 33    |                                  |           |                                     |        |

|                          |         |                                     |       |                             |     |
|--------------------------|---------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|-----|
| IBTROZI.....             | 34      | INVEGA TRINZA.....                  | 48,49 | JULUCA.....                 | 54  |
| ibu.....                 | 2       | IOPIDINE.....                       | 129   | junel 1.5/30.....           | 107 |
| ibuprofen.....           | 2       | IPOL.....                           | 120   | junel 1/20.....             | 107 |
| icatibant acetate.....   | 113     | ipratropium bromide.....            | 132   | junel fe 1.5/30.....        | 107 |
| iclevia.....             | 107     | ipratropium bromide hfa.....        | 132   | junel fe 1/20.....          | 107 |
| ICLUSIG.....             | 34      | ipratropium-albuterol.....          | 135   | junel fe 24.....            | 107 |
| icosapent ethyl.....     | 77      | irbesartan.....                     | 69    | JUXTAPID.....               | 77  |
| IDHIFA.....              | 34      | irbesartan-hydrochlorothiazide..... | 74    | JYNNEOS.....                | 120 |
| IDVYNZO.....             | 53      | ISENTRESS.....                      | 54    | <b>K</b>                    |     |
| ILEVRO.....              | 128     | ISENTRESS HD.....                   | 54    |                             |     |
| imatinib mesylate.....   | 34      | ISOLYTE-P IN D5W.....               | 88    | KALYDECO.....               | 133 |
| IMBRUVICA.....           | 34      | ISOLYTE-S PH 7.4.....               | 89    | kariva.....                 | 107 |
| imipenem-cilastatin..... | 11      | isoniazid.....                      | 30    | kcl in dextrose-nacl.....   | 89  |
| imipramine hcl.....      | 23      | isosorbide dinitrate.....           | 78    | KCL-LACTATED RINGERS-       |     |
| imipramine pamoate.....  | 23      | isosorbide mononitrate.....         | 78    | D5W.....                    | 89  |
| imiquimod.....           | 85      | isosorbide mononitrate er.....      | 78    | kelnor 1/35.....            | 107 |
| IMKELDI.....             | 34      | isotretinoin.....                   | 82    | KERENDIA.....               | 77  |
| IMOVAX RABIES.....       | 120     | isradipine.....                     | 72    | ketoconazole.....           | 27  |
| INATAL GT.....           | 88      | ITOVEBI.....                        | 34    | ketorolac tromethamine..... | 128 |
| INCRELEX.....            | 104     | itraconazole.....                   | 27    | KINERET.....                | 116 |
| indapamide.....          | 76      | ivabradine hcl.....                 | 74    | KINRIX.....                 | 120 |
| indomethacin.....        | 2       | ivermectin.....                     | 43,86 | kionex.....                 | 97  |
| INFANRIX.....            | 120     | IWILFIN.....                        | 34    | KISQALI (200 MG DOSE).....  | 35  |
| INLURIYO.....            | 34      | IXIARO.....                         | 120   | KISQALI (400 MG DOSE).....  | 35  |
| INLYTA.....              | 34      | <b>J</b>                            |       | KISQALI (600 MG DOSE).....  | 35  |
| INQOVI.....              | 34      |                                     |       | KISQALI FEMARA (200 MG      |     |
| INREBIC.....             | 34      | jaimiess.....                       | 107   | DOSE).....                  | 35  |
| INSULIN LISPRO.....      | 64      | JAKAFI.....                         | 34    | KISQALI FEMARA (400 MG      |     |
| INSULIN LISPRO (1 UNIT   |         | JAKAFI XR.....                      | 35    | DOSE).....                  | 35  |
| DIAL).....               | 64      | jantoven.....                       | 66    | KISQALI FEMARA (600 MG      |     |
| INSULIN LISPRO JUNIOR    |         | JANUMET.....                        | 60    | DOSE).....                  | 35  |
| KWIKPEN.....             | 64      | JANUMET XR.....                     | 60,61 | klayesta.....               | 27  |
| INSULIN LISPRO PROT &    |         | JANUVIA.....                        | 61    | klor-con.....               | 89  |
| LISPRO.....              | 64      | JARDIANCE.....                      | 61    | klor-con 10.....            | 89  |
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE   |         | jasmiel.....                        | 107   | klor-con m10.....           | 89  |
| U-100.....               | 124,125 | JAYPIRCA.....                       | 35    | klor-con m15.....           | 89  |
| INTELENCE.....           | 54      | JENTADUETO.....                     | 61    | klor-con m20.....           | 89  |
| INTRAROSA.....           | 102     | JENTADUETO XR.....                  | 61    | KLOXXADO.....               | 5   |
| introvale.....           | 107     | JIDEYTRO.....                       | 35    | KOMZIFTI.....               | 35  |
| INVEGA HAFYERA.....      | 48      | jinteli.....                        | 107   | KOSELUGO.....               | 35  |
| INVEGA SUSTENNA.....     | 48      | JUBBONTI.....                       | 123   |                             |     |

|                                  |                                |                                  |       |
|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------|
| KOSHER PRENATAL PLUS             | LENVIMA (18 MG DAILY           | LIFYORLI (125 MG DOSE)....       | 36    |
| IRON.....                        | DOSE).....                     | LIFYORLI (150 MG DOSE)....       | 36    |
| kourzeq.....                     | LENVIMA (20 MG DAILY           | LILETTA (52 MG).....             | 110   |
| KRAZATI.....                     | DOSE).....                     | linezolid.....                   | 12    |
| KRINTAFEL.....                   | LENVIMA (24 MG DAILY           | LINZESS.....                     | 98    |
| kristalose.....                  | DOSE).....                     | liothyronine sodium.....         | 111   |
| <b>L</b>                         | LENVIMA (4 MG DAILY            | lisdexamfetamine dimesylate..    | 79    |
| l-glutamine.....                 | DOSE).....                     | lisinopril.....                  | 70    |
| labetalol hcl.....               | LENVIMA (8 MG DAILY            | lisinopril-hydrochlorothiazide.. | 74    |
| lacosamide.....                  | DOSE).....                     | lithium.....                     | 59    |
| lactulose.....                   | LEQEMBI IQLIK.....             | lithium carbonate.....           | 59    |
| lactulose encephalopathy....     | LEQEMBI IQLIK (500 MG          | lithium carbonate er.....        | 59    |
| LAMICTAL ODT.....                | DOSE).....                     | LIVIXIL PAK.....                 | 4     |
| lamivudine.....                  | lessina.....                   | LIVTENCITY.....                  | 54    |
| lamivudine-zidovudine.....       | letrozole.....                 | LO LOESTRIN FE.....              | 107   |
| lamotrigine.....                 | leucovorin calcium.....        | loestrin 1.5/30 (21).....        | 107   |
| lamotrigine er.....              | LEUKERAN.....                  | loestrin 1/20 (21).....          | 108   |
| lamotrigine odt.....             | LEUKINE.....                   | loestrin fe 1.5/30.....          | 108   |
| lamotrigine starter kit-blue.... | leuprolide acetate.....        | loestrin fe 1/20.....            | 108   |
| lamotrigine starter kit-green..  | levalbuterol hcl.....          | lofexidine hcl.....              | 5     |
| lamotrigine starter kit-orange.. | LEVALBUTEROL                   | LOKELMA.....                     | 97    |
| LAMPIT.....                      | TARTRATE.....                  | lomustine.....                   | 36    |
| lansoprazole.....                | levetiracetam.....             | LONSURF.....                     | 36    |
| lanthanum carbonate.....         | levetiracetam er.....          | loperamide hcl.....              | 98    |
| LANTUS.....                      | LEVOBUNOLOL HCL.....           | lopinavir-ritonavir.....         | 54    |
| LANTUS SOLOSTAR.....             | levocetirizine dihydrochloride | lorazepam.....                   | 59    |
| lapatinib ditosylate.....        | 131                            | lorazepam intensol.....          | 59    |
| latanoprost.....                 | levofloxacin.....              | LORBRENA.....                    | 36    |
| LAZCLUZE.....                    | LEVOFLOXACIN.....              | loryna.....                      | 108   |
| LEDERLE LEUCOVORIN....           | levofloxacin in d5w.....       | losartan potassium.....          | 69    |
| LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR.....       | levonest.....                  | losartan potassium-hctz.....     | 74    |
| leflunomide.....                 | levonorg-eth estrad triphasic. | LOTEMAX.....                     | 128   |
| lenalidomide.....                | 107                            | LOTEMAX SM.....                  | 128   |
| LENVIMA (10 MG DAILY             | levonorgestrel-ethinyl estrad. | loteprednol etabonate.....       | 128   |
| DOSE).....                       | 107                            | lovastatin.....                  | 77    |
| LENVIMA (12 MG DAILY             | levora 0.15/30 (28).....       | loxapine succinate.....          | 49    |
| DOSE).....                       | 107                            | lubiprostone.....                | 98    |
| LENVIMA (14 MG DAILY             | levothyroxine sodium.....      | luizza 1.5/30.....               | 108   |
| DOSE).....                       | 111                            | luizza 1/20.....                 | 108   |
|                                  | levoxyl.....                   | LUMAKRAS.....                    | 36,37 |
|                                  | lidocaine.....                 | LUPKYNIS.....                    | 118   |
|                                  | lidocaine viscous hcl.....     |                                  |       |
|                                  | 81                             |                                  |       |
|                                  | lidocaine-prilocaine.....      |                                  |       |
|                                  | 4                              |                                  |       |
|                                  | lidocan.....                   |                                  |       |
|                                  | 4                              |                                  |       |

|                                  |     |                                  |        |                                   |        |
|----------------------------------|-----|----------------------------------|--------|-----------------------------------|--------|
| LUPRON DEPOT (1-MONTH).....      | 37  | MATRONEX.....                    | 90     | methylphenidate hcl er (cd)....   | 79     |
| LUPRON DEPOT (3-MONTH).....      | 37  | MATULANE.....                    | 37     | methylphenidate hcl er (la)....   | 79     |
| LUPRON DEPOT (4-MONTH).....      | 37  | matzim la.....                   | 73     | methylphenidate hcl er (osm)...   | 80     |
| LUPRON DEPOT (6-MONTH).....      | 37  | MAVYRET.....                     | 55     | methylphenidate hcl er(diffus)... | 80     |
| LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....  | 112 | MAXIDEX.....                     | 128    | methylprednisolone.....           | 103    |
| LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....  | 112 | MECLOFENAMATE SODIUM.....        | 2      | metoclopramide hcl.....           | 25     |
| lurasidone hcl.....              | 49  | medroxyprogesterone acetate..... | 110    | metolazone.....                   | 76     |
| LUTRATE DEPOT.....               | 37  | mefloquine hcl.....              | 43     | metoprolol succinate er.....      | 71     |
| LYBALVI.....                     | 49  | megestrol acetate.....           | 37,111 | metoprolol tartrate.....          | 71     |
| lyleq.....                       | 110 | MEKINIST.....                    | 37     | metoprolol-hydrochlorothiazide    | 74     |
| lyllana.....                     | 108 | MEKTOVI.....                     | 37     | metronidazole.....                | 12,86  |
| LYNPARZA.....                    | 37  | meleya.....                      | 111    | metyrosine.....                   | 74,78  |
| LYSODREN.....                    | 37  | meloxicam.....                   | 2      | mexiletine hcl.....               | 70     |
| LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....  | 37  | memantine hcl.....               | 21     | micafungin sodium.....            | 27     |
| LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....  | 37  | memantine hcl er.....            | 21     | MICONAZOLE 3.....                 | 28     |
| LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....  | 37  | MENQUADFI.....                   | 120    | microgestin 1.5/30.....           | 108    |
| <b>M</b>                         |     | MENVEO.....                      | 120    | microgestin 1/20.....             | 108    |
| M-M-R II.....                    | 120 | mercaptopurine.....              | 37     | microgestin fe 1.5/30.....        | 108    |
| M-NATAL PLUS.....                | 89  | meropenem.....                   | 12     | microgestin fe 1/20.....          | 108    |
| macitentan.....                  | 134 | merzee.....                      | 108    | midodrine hcl.....                | 69     |
| MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR..... | 125 | mesalamine.....                  | 122    | mifepristone.....                 | 63     |
| magnesium sulfate.....           | 89  | mesalamine er.....               | 122    | MIGLITOL.....                     | 61     |
| MARATHON MEDICAL PENTIPS.....    | 125 | mesna.....                       | 38     | mili.....                         | 108    |
| maraviroc.....                   | 55  | metaxalone.....                  | 136    | MIMRYLO.....                      | 38     |
| marlissa.....                    | 108 | metformin hcl.....               | 61     | mimvey.....                       | 108    |
| MARPLAN.....                     | 23  | metformin hcl er.....            | 61     | minocycline hcl.....              | 12     |
| MATERNACEL.....                  | 89  | methadone hcl.....               | 3      | minoxidil.....                    | 78     |
| MATERVIA.....                    | 89  | methazolamide.....               | 129    | mirabegron er.....                | 102    |
| MATRIAPRO.....                   | 89  | methenamine hippurate.....       | 12     | mirtazapine.....                  | 23     |
|                                  |     | methimazole.....                 | 112    | misoprostol.....                  | 99     |
|                                  |     | methocarbamol.....               | 136    | modafinil.....                    | 137    |
|                                  |     | methotrexate sodium.....         | 38     | MODEYSO.....                      | 38     |
|                                  |     | METHOTREXATE SODIUM.....         | 38     | moexipril hcl.....                | 70     |
|                                  |     | methotrexate sodium (pf).....    | 38     | MOLINDONE HCL.....                | 49     |
|                                  |     | METHOXSALEN RAPID.....           | 85     | mometasone furoate.....           | 84,131 |
|                                  |     | methscopolamine bromide.....     | 98     | MONOJECT ALLERGIST TRAY.....      | 137    |
|                                  |     | methsuximide.....                | 18     | MONOJECT INSULIN SYRINGE.....     | 125    |
|                                  |     | methylphenidate.....             | 79     | MONOJECT MAGELLAN SYRINGE.....    | 137    |
|                                  |     | methylphenidate hcl.....         | 79     |                                   |        |
|                                  |     | methylphenidate hcl er.....      | 80     |                                   |        |

|                                   |        |                                     |     |                                     |     |
|-----------------------------------|--------|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|-----|
| MONOJECT SYRINGE.....             | 137    | NATALVIT.....                       | 90  | NIMODIPINE.....                     | 73  |
| MONOJECT ULTRA                    |        | nateglinide.....                    | 61  | NINLARO.....                        | 38  |
| COMFORT SYRINGE.....              | 125    | NAYZILAM.....                       | 18  | nintedanib esylate.....             | 134 |
| montelukast sodium.....           | 131    | nebivolol hcl.....                  | 71  | nisoldipine er.....                 | 73  |
| morphine sulfate.....             | 3      | necon 0.5/35 (28).....              | 108 | nitazoxanide.....                   | 43  |
| morphine sulfate er.....          | 3      | NEFAZODONE HCL.....                 | 23  | nitisinone.....                     | 101 |
| MOUNJARO.....                     | 61     | NEO-VITAL RX.....                   | 90  | nitro-bid.....                      | 78  |
| MOVANTIK.....                     | 98     | NEOMATERNA.....                     | 90  | nitrofurantoin.....                 | 13  |
| moxifloxacin hcl.....             | 12,127 | neomycin sulfate.....               | 13  | nitrofurantoin macrocrystal.....    | 13  |
| MOXIFLOXACIN HCL IN               |        | neomycin-bacitracin zn-             |     | nitrofurantoin monohyd macro.....   | 13  |
| NACL.....                         | 12     | polymyx.....                        | 127 | nitroglycerin.....                  | 78  |
| MRESVIA.....                      | 120    | neomycin-polymyxin-                 |     | NITROLINGUAL.....                   | 78  |
| MULPLETA.....                     | 67     | dexameth.....                       | 127 | NIVA-PLUS.....                      | 90  |
| MULTI-MAC.....                    | 90     | NEOMYCIN-POLYMYXIN-                 |     | NIVESTYM.....                       | 68  |
| MULTIPLE ELECTRO TYPE 1           |        | GRAMICIDIN.....                     | 127 | NIZATIDINE.....                     | 100 |
| PH 5.5.....                       | 90     | NEOMYCIN-POLYMYXIN-                 |     | norelgestromin-eth estradiol.....   | 108 |
| multiple electro type 1 ph 7.4    | 90     | HC.....                             | 127 | norethin ace-eth estrad-fe.....     | 108 |
| mupirocin.....                    | 86     | neomycin-polymyxin-hc.....          | 130 | norethindron-ethinyl estrad-fe..... | 108 |
| mupirocin calcium.....            | 86     | NEONATAL + DHA.....                 | 90  | norethindrone.....                  | 111 |
| MYALEPT.....                      | 101    | NEONATAL COMPLETE.....              | 90  | norethindrone acet-ethinyl est..... | 108 |
| mycophenolate mofetil.....        | 118    | NEONATAL PLUS.....                  | 90  | norethindrone acetate.....          | 111 |
| mycophenolate sodium.....         | 118    | NERLYNX.....                        | 38  | norethindrone-eth estradiol.....    | 108 |
| mycophenolic acid.....            | 118    | NESTABS.....                        | 90  | norgestim-eth estrad triphasic..... | 108 |
| MYFEMBREE.....                    | 108    | NESTABS DHA.....                    | 90  | norgestimate-eth estradiol.....     | 109 |
|                                   |        | NEULASTA.....                       | 67  | nortrel 0.5/35 (28).....            | 109 |
|                                   |        | NEUPOGEN.....                       | 68  | nortrel 1/35 (21).....              | 109 |
| na sulfate-k sulfate-mg sulf..... | 99     | nevirapine.....                     | 55  | nortrel 1/35 (28).....              | 109 |
| nabumetone.....                   | 2      | NEVIRAPINE.....                     | 55  | nortrel 7/7/7.....                  | 109 |
| nadolol.....                      | 71     | nevirapine er.....                  | 55  | nortriptyline hcl.....              | 24  |
| nafcillin sodium.....             | 12     | NEXLETOL.....                       | 77  | NOVOLOG.....                        | 64  |
| nafrinse.....                     | 90     | NEXLIZET.....                       | 77  | NOVOLOG 70/30 FLEXPEN               |     |
| naftifine hcl.....                | 86     | NEXPLANON.....                      | 111 | RELION.....                         | 64  |
| naloxone hcl.....                 | 5      | niacin er (antihyperlipidemic)..... | 77  | NOVOLOG FLEXPEN.....                | 64  |
| naltrexone hcl.....               | 5      | nicardipine hcl.....                | 73  | NOVOLOG FLEXPEN RELION.....         | 65  |
| naproxen.....                     | 2      | NICOTROL NS.....                    | 5   | NOVOLOG MIX 70/30.....              | 65  |
| naproxen sodium.....              | 2      | nifedipine.....                     | 73  | NOVOLOG MIX 70/30                   |     |
| naratriptan hcl.....              | 29     | nifedipine er.....                  | 73  | FLEXPEN.....                        | 65  |
| NATACHEW.....                     | 90     | nifedipine er osmotic release.....  | 73  | NOVOLOG MIX 70/30 RELION.....       | 65  |
| NATAL PNV.....                    | 90     | nilotinib hcl.....                  | 38  | NOVOLOG PENFILL.....                | 65  |
| NATALCHEW.....                    | 90     | nilutamide.....                     | 38  | NOVOLOG RELION.....                 | 65  |
| NATALCORE.....                    | 90     | nimodipine.....                     | 73  | NOVYRA.....                         | 90  |

## N

|                                   |            |                                     |       |          |                                     |
|-----------------------------------|------------|-------------------------------------|-------|----------|-------------------------------------|
| NOXAFIL.....                      | 28         | OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5).....      | 137   | <b>P</b> |                                     |
| NUBEQA.....                       | 38         | OMNIPOD 5 LIBRE PODS... 137         |       |          | pacerone.....71                     |
| NUPLAZID.....                     | 49         | OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....   | 137   |          | paliperidone er.....49              |
| NURTEC.....                       | 29         | OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....      | 137   |          | PALYNZIQ.....101                    |
| NUTRILIPID.....                   | 90         | OMNITROPE.....                      | 99    |          | PANRETIN.....39                     |
| nyamyc.....                       | 28         | OMVOH.....                          | 116   |          | pantoprazole sodium.....100         |
| nylia 1/35.....                   | 109        | OMVOH (300 MG DOSE).....            | 116   |          | paricalcitol.....123                |
| nylia 7/7/7.....                  | 109        | ondansetron.....                    | 25,26 |          | paroxetine hcl.....24               |
| NYMALIZE.....                     | 73         | ondansetron hcl.....                | 26    |          | PAROXETINE HCL.....24               |
| nystatin.....                     | 28         | ONE VITE WOMENS PLUS... 91          |       |          | paroxetine hcl er.....24            |
| nystatin-triamcinolone.....       | 28         | ONENATAL RX.....                    | 91    |          | PAXLOVID (150/100).....55           |
| nystop.....                       | 28         | ONUREG.....                         | 38    |          | PAXLOVID (300/100 & 150/100).....55 |
| NYVEPRIA.....                     | 68         | OPIPZA.....                         | 49    |          | PAXLOVID (300/100).....55           |
| <b>O</b>                          |            | ORFADIN.....                        | 101   |          | pazopanib hcl.....39                |
| OB COMPLETE ONE.....              | 90         | ORGOVYX.....                        | 39    |          | PEDIARIX.....120                    |
| OB COMPLETE PETITE.....           | 90         | ORIAHNN.....                        | 111   |          | PEDVAXHIB.....120                   |
| OB COMPLETE PREMIER.....          | 90         | ORILISSA.....                       | 109   |          | peg 3350-kcl-na bicarb-nacl...99    |
| OB COMPLETE/DHA.....              | 91         | orquidea.....                       | 111   |          | peg-3350/electrolytes.....99        |
| OBSTETRIX EC (WITH DOCUSATE)..... | 91         | ORSERDU.....                        | 39    |          | peg-3350/electrolytes/ascorbat99    |
| OCTAGAM.....                      | 114        | oseltamivir phosphate.....          | 55    |          | peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c...99   |
| octreotide acetate.....           | 112        | OSPHERA.....                        | 111   |          | PEGASYS.....56                      |
| ODEFSEY.....                      | 55         | OTEZLA.....                         | 116   |          | PEMAZYRE.....39                     |
| ODOMZO.....                       | 38         | OTEZLA XR.....                      | 116   |          | PEN NEEDLES.....125                 |
| OFEV.....                         | 134        | OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK..... | 116   |          | PENBRAYA.....120                    |
| ofloxacin.....                    | 13,127,130 | oxcarbazepine.....                  | 18    |          | penicillamine.....96                |
| OGSIVEO.....                      | 38         | oxcarbazepine er.....               | 18    |          | PENICILLIN G POT IN DEXTROSE.....13 |
| OJEMDA.....                       | 38         | oxiconazole nitrate.....            | 28    |          | penicillin g potassium.....13       |
| OJJAARA.....                      | 38         | oxybutynin chloride.....            | 102   |          | PENICILLIN G SODIUM.....13          |
| olanzapine.....                   | 49         | oxybutynin chloride er.....         | 102   |          | penicillin v potassium.....13       |
| olanzapine-fluoxetine hcl...24    |            | oxycodone hcl.....                  | 3     |          | PENMENVY.....121                    |
| olmesartan medoxomil.....69       |            | oxycodone-acetaminophen...1         |       |          | PENTACEL.....121                    |
| olmesartan medoxomil-hctz..74     |            | OZEMPIC.....                        | 61    |          | pentamidine isethionate.....44      |
| olmesartan-amlodipine-hctz..75    |            | OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....  | 61    |          | PENTIPS.....125                     |
| olopatadine hcl.....              | 131        | OZEMPIC (1 MG/DOSE).....            | 61    |          | pentoxifylline er.....75            |
| omega-3-acid ethyl esters...77    |            | OZEMPIC (2 MG/DOSE).....            | 61    |          | perampanel.....18                   |
| omeprazole.....                   | 100        |                                     |       |          | PERINDOPRIL ERBUMINE...70           |
| OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5..... | 137        |                                     |       |          | periogard.....81                    |
|                                   |            |                                     |       |          | permethrin.....86                   |

|                                     |        |                                     |       |                                     |     |
|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|-------|-------------------------------------|-----|
| perphenazine.....                   | 49     | PODOFILOX.....                      | 85    | PRENACORE.....                      | 92  |
| PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE.....     | 24     | polymyxin b-trimethoprim....        | 127   | PRENAISSANCE.....                   | 92  |
| PHENELZINE SULFATE.....             | 24     | pomalidomide.....                   | 39    | PRENAISSANCE PLUS.....              | 93  |
| phenobarbital.....                  | 18     | POMALYST.....                       | 39    | PRENATAL.....                       | 93  |
| phenoxybenzamine hcl.....           | 69     | portia-28.....                      | 109   | PRENATAL 19.....                    | 93  |
| phenytek.....                       | 18     | posaconazole.....                   | 28    | PRENATAL PLUS.....                  | 93  |
| phenytoin.....                      | 18     | potassium chloride.....             | 91,92 | PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL.....  | 93  |
| phenytoin infatabs.....             | 18     | potassium chloride crys er....      | 92    | PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON..... | 93  |
| phenytoin sodium extended..         | 18     | potassium chloride er.....          | 92    | PRENATE DHA.....                    | 93  |
| PHEXX.....                          | 102    | potassium chloride in dextrose..... | 92    | PRENATE ELITE.....                  | 93  |
| PIFELTRO.....                       | 56     | potassium chloride in nacl....      | 92    | PRENATE ENHANCE.....                | 93  |
| pilocarpine hcl.....                | 81,129 | potassium citrate er.....           | 92    | PRENATE MINI.....                   | 93  |
| pimecrolimus.....                   | 84     | POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%.....    | 92    | PRENATE PIXIE.....                  | 93  |
| pimozide.....                       | 49     | pramipexole dihydrochloride..       | 45    | PRENATE RESTORE.....                | 93  |
| pindolol.....                       | 71     | pramipexole dihydrochloride er..... | 45    | PRENATRIX.....                      | 93  |
| pioglitazone hcl.....               | 61     | prasugrel hcl.....                  | 69    | PRENATRYL.....                      | 93  |
| pioglitazone hcl-glimepiride..      | 61     | pravastatin sodium.....             | 77    | PRENATVITE COMPLETE....             | 93  |
| pioglitazone hcl-metformin hcl..... | 62     | praziquantel.....                   | 44    | PRENATVITE PLUS.....                | 93  |
| piperacillin sod-tazobactam so..... | 13     | prazosin hcl.....                   | 114   | PRENATVITE RX.....                  | 93  |
| PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....     | 39     | prednisolone.....                   | 103   | PRENOVA.....                        | 93  |
| PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....     | 39     | prednisolone acetate.....           | 128   | PRENYRA.....                        | 93  |
| PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....     | 39     | prednisolone sodium.....            | 104   | PRETOMANID.....                     | 30  |
| pirfenidone.....                    | 134    | phosphate.....                      | 104   | prevalite.....                      | 77  |
| PIRFENIDONE.....                    | 134    | PREDNISOLONE SODIUM.....            | 128   | PREVYMIS.....                       | 56  |
| piroxicam.....                      | 2      | PHOSPHATE.....                      | 104   | PREZCOBIX.....                      | 56  |
| pitavastatin calcium.....           | 77     | PREDNISONE.....                     | 104   | PREZISTA.....                       | 56  |
| PLASMA-LYTE 148.....                | 91     | prednisone.....                     | 104   | PRILOVIX.....                       | 4   |
| PLASMA-LYTE A.....                  | 91     | PREDNISONE INTENSOL..               | 104   | prilovix lite.....                  | 4   |
| plenamine.....                      | 91     | pregabalin.....                     | 19    | prilovix lite plus.....             | 4   |
| PNV 27-CA/FE/FA.....                | 91     | PREGEN DHA.....                     | 92    | prilovix ultralite.....             | 4   |
| PNV PRENATAL PLUS MULTIVIT+DHA..... | 91     | PREGENNA.....                       | 92    | prilovix ultralite plus.....        | 4   |
| PNV TABS 20-1.....                  | 91     | PREMARIN.....                       | 109   | PRIMACARE.....                      | 93  |
| PNV-DHA+DOCUSATE.....               | 91     | PREMASOL.....                       | 92    | primaquine phosphate.....           | 44  |
| PNV-SELECT.....                     | 91     | PREMPHASE.....                      | 109   | primidone.....                      | 19  |
|                                     |        | PREMPRO.....                        | 109   | PRIORIX.....                        | 121 |
|                                     |        | PRENA 1 TRUE.....                   | 92    | PRIVIGEN.....                       | 114 |
|                                     |        | PRENA1.....                         | 92    | PRO COMFORT PEN NEEDLES.....        | 125 |
|                                     |        | PRENA1 PEARL.....                   | 92    |                                     |     |

|                                |     |                                  |                                  |     |
|--------------------------------|-----|----------------------------------|----------------------------------|-----|
| probenecid.....                | 29  |                                  | ritonavir.....                   | 57  |
| prochlorperazine.....          | 49  | <b>R</b>                         | rivastigmine.....                | 21  |
| prochlorperazine maleate.....  | 49  | RABAVERT.....                    | rivastigmine tartrate.....       | 21  |
| procto-med hc.....             | 84  | rabeprazole sodium.....          | rizatriptan benzoate.....        | 29  |
| proctosol hc.....              | 84  | RALDESY.....                     | ROCKLATAN.....                   | 126 |
| proctozone-hc.....             | 84  | raloxifene hcl.....              | roflumilast.....                 | 131 |
| progesterone.....              | 111 | ramelteon.....                   | ROMVIMZA.....                    | 40  |
| PROGRAF.....                   | 118 | ramipril.....                    | ropinirole hcl.....              | 45  |
| PROLASTIN-C.....               | 101 | ranolazine er.....               | ropinirole hcl er.....           | 45  |
| promethazine hcl.....          | 26  | rasagiline mesylate.....         | rosuvastatin calcium.....        | 77  |
| PROMETHEGAN.....               | 26  | RASONQUE.....                    | ROTARIX.....                     | 121 |
| propafenone hcl.....           | 71  | RASUVO.....                      | ROTATEQ.....                     | 121 |
| propafenone hcl er.....        | 71  | reclipsen.....                   | ROWASA.....                      | 122 |
| propranolol hcl.....           | 72  | RECOMBIVAX HB.....               | ROZLYTREK.....                   | 40  |
| PROPRANOLOL HCL.....           | 72  | RELENZA DISKHALER.....           | RUBRACA.....                     | 40  |
| propranolol hcl er.....        | 72  | RELEUKO.....                     | rufinamide.....                  | 19  |
| propylthiouracil.....          | 113 | RELEVIA.....                     | RUKOBIA.....                     | 57  |
| PROQUAD.....                   | 121 | repaglinide.....                 | RYDAPT.....                      | 40  |
| PROSOL.....                    | 93  | REPATHA.....                     | <b>S</b>                         |     |
| protriptyline hcl.....         | 24  | REPATHA SURECLICK.....           | sacubitril-valsartan.....        | 75  |
| PROVIDA OB.....                | 94  | RETACRIT.....                    | SAFYRAL.....                     | 109 |
| prucalopride succinate.....    | 98  | RETEVMO.....                     | SANTYL.....                      | 85  |
| PULMOZYME.....                 | 133 | REVCovi.....                     | sapropterin dihydrochloride..... | 101 |
| pyrazinamide.....              | 30  | REVUFORJ.....                    | saxagliptin hcl.....             | 62  |
| pyridostigmine bromide.....    | 81  | REXULTI.....                     | saxagliptin-metformin er.....    | 62  |
| pyridostigmine bromide er..... | 81  | REYATAZ.....                     | SCSEMBLIX.....                   | 40  |
| pyrimethamine.....             | 44  | REZDIFFRA.....                   | scopolamine.....                 | 26  |
| PYRUKYND.....                  | 101 | REZLIDHIA.....                   | SE-NATAL 19.....                 | 94  |
| PYRUKYND TAPER PACK.....       | 101 | RHOPRESSA.....                   | SECUADO.....                     | 50  |
| PYZCHIVA.....                  | 116 | RIBAVIRIN.....                   | SEGLUROMET.....                  | 62  |
| <b>Q</b>                       |     | rifabutin.....                   | SELARSDI.....                    | 116 |
| QINLOCK.....                   | 39  | rifampin.....                    | SELECT-OB.....                   | 94  |
| QUADRACEL.....                 | 121 | rifapentine.....                 | SELECT-OB+DHA.....               | 94  |
| quetiapine fumarate.....       | 50  | rilpivirine hcl.....             | selegiline hcl.....              | 45  |
| quetiapine fumarate er.....    | 50  | riluzole.....                    | SEREVENT DISKUS.....             | 132 |
| quinapril hcl.....             | 70  | RINVOQ.....                      | sertraline hcl.....              | 24  |
| QUINIDINE SULFATE.....         | 71  | RINVOQ LQ.....                   | sevelamer carbonate.....         | 97  |
| quinine sulfate.....           | 44  | risedronate sodium.....          | sevelamer hcl.....               | 97  |
|                                |     | risperidone.....                 | SHINGRIX.....                    | 121 |
|                                |     | RISPERIDONE.....                 | SIGNIFOR.....                    | 112 |
|                                |     | risperidone microspheres er..... |                                  |     |

|                                   |         |                                  |        |                                    |        |
|-----------------------------------|---------|----------------------------------|--------|------------------------------------|--------|
| sildenafil citrate.....           | 134     | STEGLATRO.....                   | 62     | tadalafil.....                     | 103    |
| silodosin.....                    | 102     | STIMUFEND.....                   | 68     | tadalafil (pah).....               | 134    |
| silver sulfadiazine.....          | 85      | STIOLTO RESPIMAT.....            | 136    | TADLIQ.....                        | 134    |
| SIMBRINZA.....                    | 129     | STIVARGA.....                    | 40     | TAFINLAR.....                      | 40     |
| simvastatin.....                  | 77      | STREPTOMYCIN SULFATE.....        | 14     | TAGRISSE.....                      | 40     |
| sirolimus.....                    | 119     | STRIBILD.....                    | 57     | TALZENNA.....                      | 40     |
| SIRTURO.....                      | 30      | STRIVERDI RESPIMAT.....          | 133    | tamoxifen citrate.....             | 40     |
| SITAGLIPT BASE-METFORM            |         | SUBVENITE.....                   | 19     | tamsulosin hcl.....                | 103    |
| HCL ER.....                       | 62      | sucralfate.....                  | 99,100 | tarina 24 fe.....                  | 109    |
| SITAGLIPTIN.....                  | 62      | SUFLAVE.....                     | 100    | TARPEYO.....                       | 104    |
| SITAGLIPTIN BASE-                 |         | sulfacetamide sodium.....        | 127    | TAVALISSE.....                     | 69     |
| METFORMIN HCL.....                | 62      | sulfacetamide sodium (acne)..... | 86     | TAVNEOS.....                       | 116    |
| SIVEXTRO.....                     | 13,14   | SULFACETAMIDE-                   |        | tazarotene.....                    | 82     |
| sodium chloride.....              | 94      | PREDNISOLONE.....                | 127    | telmisartan.....                   | 69     |
| SODIUM CHLORIDE.....              | 94      | sulfadiazine.....                | 14     | TELMISARTAN-AMLODIPINE.....        | 75     |
| sodium chloride (pf).....         | 94      | sulfamethoxazole-                |        | telmisartan-hctz.....              | 75     |
| SODIUM FLUORIDE.....              | 94      | trimethoprim.....                | 14     | temazepam.....                     | 136    |
| sodium phenylbutyrate.....        | 101     | sulfasalazine.....               | 122    | TENIVAC.....                       | 121    |
| sodium polystyrene sulfonate..... | 97      | sulindac.....                    | 2      | tenofovir disoproxil fumarate..... | 57     |
| SOFOSBUVIR-                       |         | sumatriptan.....                 | 29     | TEPMETKO.....                      | 40     |
| VELPATASVIR.....                  | 57      | sumatriptan succinate.....       | 30     | terazosin hcl.....                 | 69,114 |
| SOL-CARE SAFETY SYRINGE           |         | sunitinib malate.....            | 40     | terbinafine hcl.....               | 28     |
| ALLERG.....                       | 138     | SUNLENCA.....                    | 57     | terbutaline sulfate.....           | 133    |
| solifenacin succinate.....        | 103     | SUNOSI.....                      | 137    | terconazole.....                   | 28     |
| SOLQUA.....                       | 62      | SUPREP BOWEL PREP KIT.....       | 100    | teriflunomide.....                 | 81     |
| SOLTAMOX.....                     | 40      | SURE COMFORT PEN                 |        | teriparatide.....                  | 123    |
| SOMAVERT.....                     | 112     | NEEDLES.....                     | 125    | TERIPARATIDE.....                  | 123    |
| sorafenib tosylate.....           | 40      | SUTAB.....                       | 100    | testosterone.....                  | 105    |
| sotalol hcl.....                  | 71      | SYMPAZAN.....                    | 19     | testosterone cypionate.....        | 105    |
| sotalol hcl (af).....             | 71      | SYMPROIC.....                    | 98     | TESTOSTERONE                       |        |
| SPINOSAD.....                     | 86      | SYMTUZA.....                     | 57     | ENANTHATE.....                     | 105    |
| SPIRIVA HANDIHALER.....           | 132     | SYNAREL.....                     | 112    | tetrabenazine.....                 | 81     |
| SPIRIVA RESPIMAT.....             | 132,133 | SYNJARDY.....                    | 62     | tetracycline hcl.....              | 14     |
| spironolactone.....               | 77      | SYNJARDY XR.....                 | 62     | THALOMID.....                      | 41     |
| spironolactone-hctz.....          | 75      | SYNTHROID.....                   | 111    | theophylline er.....               | 133    |
| sprintec 28.....                  | 109     |                                  |        | thioridazine hcl.....              | 50     |
| SPRITAM.....                      | 19      | <b>T</b>                         |        | thiothixene.....                   | 50     |
| SPS (SODIUM                       |         | TABLOID.....                     | 40     | THRIVITE RX.....                   | 94     |
| POLYSTYRENE SULF).....            | 97      | TABRECTA.....                    | 40     | tiadylt er.....                    | 73     |
| sronyx.....                       | 109     | tacrolimus.....                  | 84,119 | tiagabine hcl.....                 | 19     |
| ssd.....                          | 85      | tacrolimus er.....               | 119    | TIBSOVO.....                       | 41     |

|                               |        |                              |       |                                    |       |
|-------------------------------|--------|------------------------------|-------|------------------------------------|-------|
| ticagrelor.....               | 69     | TRAVASOL.....                | 94    | TRUQAP.....                        | 41    |
| TICOVAC.....                  | 121    | TRAZODONE HCL.....           | 24    | TRYNGOLZA.....                     | 77    |
| tigecycline.....              | 14     | trazodone hcl.....           | 24    | TUKYSA.....                        | 41    |
| tilia fe.....                 | 109    | TRELEGY ELLIPTA.....         | 136   | TURALIO.....                       | 41    |
| timolol maleate.....          | 72,129 | TRELSTAR MIXJECT.....        | 41    | turqoz.....                        | 109   |
| timolol maleate ocudose.....  | 129    | tretinoin.....               | 41,82 | TWINRIX.....                       | 121   |
| timolol maleate pf.....       | 129    | tretinoin microsphere.....   | 82    | tydemy.....                        | 110   |
| tinidazole.....               | 14     | TRETINOIN MICROSPHERE.....   | 83    | TYENNE.....                        | 117   |
| TIROSINT-SOL.....             | 112    | PUMP.....                    | 83    | TYMLOS.....                        | 123   |
| TIVICAY.....                  | 57     | TREXALL.....                 | 41    | TYPHIM VI.....                     | 121   |
| TIVICAY PD.....               | 57     | tri-estarylla.....           | 109   | TYRVAYA.....                       | 126   |
| tizanidine hcl.....           | 136    | tri-legest fe.....           | 109   |                                    |       |
| TOBRADEX.....                 | 127    | tri-lo-estarylla.....        | 109   | <b>U</b>                           |       |
| tobramycin.....               | 14,127 | tri-lo-sprintec.....         | 109   | UDENYCA.....                       | 68    |
| tobramycin sulfate.....       | 14     | tri-sprintec.....            | 109   | ULTICARE INSULIN SAFETY            |       |
| tobramycin-dexamethasone      | 127    | tri-vylibra lo.....          | 109   | SYR.....                           | 126   |
| TOBREX.....                   | 127    | triamcinolone acetonide..... | 81,84 | UMECLIDINIUM ELLIPTA.....          | 133   |
| tofacitinib citrate.....      | 117    | triamterene.....             | 76    | UPTRAVI.....                       | 134   |
| tofacitinib citrate er.....   | 117    | triamterene-hctz.....        | 75    | ursodiol.....                      | 100   |
| tolterodine tartrate.....     | 103    | triazolam.....               | 136   | USTEKINUMAB.....                   | 117   |
| tolterodine tartrate er.....  | 103    | TRICARE.....                 | 94    | UZEDY.....                         | 50,51 |
| tolvaptan.....                | 96     | triderm.....                 | 84    | <b>V</b>                           |       |
| tolvaptan (hyponatremia)..... | 96     | TRIENTINE HCL.....           | 96    | valacyclovir hcl.....              | 58    |
| TOPFINE INSULIN PEN           |        | trifluoperazine hcl.....     | 50    | VALCHLOR.....                      | 85    |
| NEEDLE.....                   | 126    | TRIFLURIDINE.....            | 127   | valganciclovir hcl.....            | 58    |
| topiramate.....               | 19     | trihexyphenidyl hcl.....     | 45    | valproic acid.....                 | 19    |
| toremifene citrate.....       | 41     | TRIJARDY XR.....             | 62    | valsartan.....                     | 69    |
| torpenz.....                  | 41     | TRIKAFTA.....                | 133   | valsartan-hydrochlorothiazide..... | 75    |
| torsemide.....                | 76     | trimethoprim.....            | 14    | VALTOCO 10 MG DOSE.....            | 19    |
| TOUJEO MAX SOLOSTAR.....      | 65     | trimipramine maleate.....    | 24    | VALTOCO 15 MG DOSE.....            | 20    |
| TOUJEO SOLOSTAR.....          | 65     | TRINATAL RX 1.....           | 94    | VALTOCO 20 MG DOSE.....            | 20    |
| TPN ELECTROLYTES.....         | 94     | TRINATE.....                 | 95    | VALTOCO 5 MG DOSE.....             | 20    |
| TRADJENTA.....                | 62     | TRINTELLIX.....              | 24    | valtya 1/35.....                   | 110   |
| tramadol hcl.....             | 3      | TRISTART DHA.....            | 95    | VALTYA 1/50.....                   | 110   |
| tramadol hcl er.....          | 3      | TRIUMEQ.....                 | 57    | vancomycin hcl.....                | 14,15 |
| tramadol-acetaminophen.....   | 1      | TRIUMEQ PD.....              | 57    | VANCOMYCIN HCL.....                | 15    |
| trandolapril.....             | 70     | TROPHAMINE.....              | 95    | VANDAZOLE.....                     | 86    |
| TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL        |        | tropium chloride.....        | 103   | VANFLYTA.....                      | 41    |
| HCL ER.....                   | 75     | tropium chloride er.....     | 103   | VAQTA.....                         | 121   |
| tranexamic acid.....          | 68     | TRULICITY.....               | 63    | varenicline tartrate.....          | 5     |
| tranylcypromine sulfate.....  | 24     | TRUMENBA.....                | 121   |                                    |       |

|                                     |     |                         |       |                           |     |
|-------------------------------------|-----|-------------------------|-------|---------------------------|-----|
| varenicline tartrate (starter)..... | 5   | VITAFOL FE+.....        | 95    | <b>X</b>                  |     |
| varenicline tartrate(continue)...   | 5   | VITAFOL GUMMIES.....    | 95    |                           |     |
| VARIVAX.....                        | 121 | VITAFOL ULTRA.....      | 95    |                           |     |
| VARUBI (180 MG DOSE).....           | 26  | VITAFOL-NANO.....       | 95    | XALKORI.....              | 42  |
| VAXCHORA.....                       | 122 | VITAFOL-OB.....         | 95    | xarah fe.....             | 110 |
| VELIVET.....                        | 110 | VITAFOL-OB+DHA.....     | 95    | XARELTO.....              | 66  |
| VELPHORO.....                       | 97  | VITAFOL-ONE.....        | 95    | XARELTO STARTER PACK..... | 66  |
| VELSIPITY.....                      | 117 | VITALARA.....           | 95    | XCOPRI.....               | 20  |
| VELTASSA.....                       | 97  | VITAMEDMD ONE           |       | XCOPRI (250 MG DAILY      |     |
| VEMLIDY.....                        | 58  | RX/QUATREFOLIC.....     | 95    | DOSE).....                | 20  |
| VENCLEXTA.....                      | 41  | VITAMEDMD REDICHEW RX   | 95    | XCOPRI (350 MG DAILY      |     |
| VENCLEXTA STARTING                  |     | VITAPEARL.....          | 95    | DOSE).....                | 20  |
| PACK.....                           | 41  | VITATHELY WITH GINGER.. | 95    | XDEMVY.....               | 127 |
| VENLAFAXINE BESYLATE                |     | VITATRUE.....           | 95    | XERMELO.....              | 98  |
| ER.....                             | 24  | VITRAKVI.....           | 41    | XIFAXAN.....              | 15  |
| venlafaxine hcl.....                | 24  | VIVA DHA.....           | 95    | XIGDUO XR.....            | 63  |
| venlafaxine hcl er.....             | 25  | VIVOTIF.....            | 122   | XIIDRA.....               | 126 |
| VENTOLIN HFA.....                   | 133 | VONJO.....              | 42    | XOFLUZA (40 MG DOSE)....  | 58  |
| VEPPANU.....                        | 41  | VORANIGO.....           | 42    | XOFLUZA (80 MG DOSE)....  | 58  |
| verapamil hcl.....                  | 73  | voriconazole.....       | 28,29 | XOLAIR.....               | 117 |
| verapamil hcl er.....               | 73  | VOSEVI.....             | 58    | XOSPATA.....              | 42  |
| VERISAFE SAFE STERILE               |     | VOWST.....              | 100   | XPOVIO (100 MG ONCE       |     |
| SYRINGE.....                        | 138 | VRAYLAR.....            | 51    | WEEKLY).....              | 42  |
| VERISAFE SAFETY INSULIN             |     | VTAMA.....              | 85    | XPOVIO (40 MG ONCE        |     |
| SYR.....                            | 126 | vylibra.....            | 110   | WEEKLY).....              | 42  |
| VERQUVO.....                        | 75  | VYZULTA.....            | 129   | XPOVIO (40 MG TWICE       |     |
| VERSACLOZ.....                      | 51  |                         |       | WEEKLY).....              | 42  |
| VERZENIO.....                       | 41  | <b>W</b>                |       | XPOVIO (60 MG ONCE        |     |
| vestura.....                        | 110 | WAKIX.....              | 137   | WEEKLY).....              | 42  |
| vienva.....                         | 110 | warfarin sodium.....    | 66    | XPOVIO (60 MG TWICE       |     |
| vigabatrin.....                     | 20  | WEGOVY.....             | 80    | WEEKLY).....              | 42  |
| vigadrone.....                      | 20  | WELIREG.....            | 42    | XPOVIO (80 MG ONCE        |     |
| VIGAFYDE.....                       | 20  | WESNATAL DHA            |       | WEEKLY).....              | 42  |
| vilazodone hcl.....                 | 25  | COMPLETE.....           | 95    | XPOVIO (80 MG TWICE       |     |
| VIMKUNYA.....                       | 122 | WESNATE DHA.....        | 96    | WEEKLY).....              | 42  |
| VINATE II.....                      | 95  | WESTAB PLUS.....        | 96    | XTANDI.....               | 42  |
| VINATE ONE.....                     | 95  | WESTGEL DHA.....        | 96    | xulane.....               | 110 |
| viorele.....                        | 110 | WINREVAIR.....          | 134   | <b>Y</b>                  |     |
| VIRACEPT.....                       | 58  | wixela inhub.....       | 136   | YF-VAX.....               | 122 |
| VIREAD.....                         | 58  | WYOST.....              | 123   | YONSA.....                | 42  |
| VIRT-NATE DHA.....                  | 95  |                         |       | yulithira.....            | 42  |

yuvaferm.....110

## Z

zafirlukast.....131

zaleplon.....136

ZALVIT.....96

ZARXIO.....68

ZEJULA.....43

ZELBORAF.....43

zenatane.....83

ZENBEXUS.....43

ZENPEP.....102

zidovudine.....58

ZIEXTENZO.....68

ZIPHEX.....96

ziprasidone hcl.....51

ziprasidone mesylate.....51

ZIRGAN.....127

ZOLINZA.....43

zolmitriptan.....30

zolpidem tartrate.....137

zolpidem tartrate er.....137

ZONISADE.....20

zonisamide.....20

zovia 1/35 (28).....110

ZTALMY.....20

ZURZUVAE.....25

ZYKADIA.....43

ZYLET.....128

ZYMFENTRA (1 PEN).....117

ZYMFENTRA (2 PEN).....117

ZYMFENTRA (2 SYRINGE)117



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

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

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

**Del 1 de octubre al 31 de marzo:**

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

**Del 1 de abril al 30 de septiembre:**

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

Fuera de este horario de atención, deje un mensaje. Le devolveremos su llamada en el plazo de un día hábil, o visite [selecthealth.org/medicare](https://selecthealth.org/medicare).

Envío de la lista de medicamentos recetados disponibles con aprobación de HPMS ID 27009 Versión  
10