



**Select  
Health**

# Select Health Medicare | 2026

## Lista de medicamentos recetados disponibles Essential

### LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

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

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

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

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

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

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

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

**Esta página se dejó en blanco intencionalmente**

# **Select Health Medicare**

## **Lista de medicamentos recetados disponibles**

### **Essential 2026**

## **Lista de medicamentos cubiertos**

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

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

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

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

© 2026 Select Health. Todos los derechos reservados. 4122500 01/26  
H1994\_4122500\_15 \_C

## Notice of Availability

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

**English ATTENTION:** If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-855-442-9900 (TTY: 711) or speak to your provider.

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

**台語 注意：**如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-855-442-9900 (TTY: 711) 或與您的提供者討論。

**Tagalog PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-855-442-9900 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

**Français ATTENTION :** Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-442-9900 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

**Việt LƯU Ý:** Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-855-442-9900 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

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

**한국어 주의:** [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-442-9900 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

**РУССКИЙ ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-855-442-9900 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

العربية تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-855-442-9900 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

**हिंदी ध्यान दें:** यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-442-9900 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

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

**Português do Brasil ATENÇÃO:** Se você fala Português do Brasil, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-855-442-9900 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

**Kreyòl Ayisyen ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis ed aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Ed ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-855-442-9900 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

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

**日本語 注：**日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-855-442-9900 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

**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 January 1, 2026** . Contáctenos para obtener la Lista de medicamentos recetados disponibles actualizada. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos recetados disponibles (formulario) se encuentra en las páginas de portada y contraportada.

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

### **¿Qué es el formulario de Select Health Medicare?**

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

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

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1 de enero, pero es posible que durante el año agreguemos o quitemos medicamentos de esta Lista, los cambiemos a un nivel de costo compartido diferente o agreguemos nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web: [selecthealth.org/medicare/pharmacy](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 2026 que estaba cubierto al comienzo del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2026, excepto como se describió anteriormente. Esto significa que estos medicamentos estarán disponibles en el mismo nivel de costo compartido y sin restricciones nuevas para aquellos miembros que los usan durante el resto del año de cobertura. Usted no recibirá una notificación directa este año sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, estos cambios le afectarán y es importante que revise la lista de medicamentos recetados disponibles del año nuevo de beneficios para advertir cualquier cambio en los medicamentos.

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

hacer cambios a través de hojas de erratas que usted recibe por correo. Además, puede visitar [selecthealth.org/medicare](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 enumeran en la categoría Medicamentos cardiovasculares/Agentes hipotensores. Si usted sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la **página 1**. Después busque el nombre de su medicamento en esa categoría.

#### **Por orden alfabético**

Si no sabe exactamente en qué categoría está, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la **página 120**. El índice incluye una lista por orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca comercial como los medicamentos genéricos están enumerados en el índice. Busque en el índice para encontrar su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar la información sobre la cobertura. Consulte la página que figura en el índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

### **¿Qué son los medicamentos genéricos?**

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

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

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

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

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

### **¿Hay alguna restricción en mi cobertura?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Para más información**

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

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

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. O visite **[www.medicare.gov](http://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 120**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                   | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
| <b>ANTI-INFECTIVE AGENTS</b>                                                                                                                                                  |       |                          |
| <b>ANTHELMINTICS</b>                                                                                                                                                          |       |                          |
| <i>albendazole 200 mg tab</i>                                                                                                                                                 | 2     |                          |
| <i>ivermectin 3 mg tab</i>                                                                                                                                                    | 3     | NM                       |
| <i>praziquantel 600 mg tab</i>                                                                                                                                                | 3     | NM                       |
| <b>ANTIBACTERIALS</b>                                                                                                                                                         |       |                          |
| <i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>                                                                                                                                   | 2     | HI                       |
| AMOXICILL-CLARITHRO-<br>LANSOPRAZ 500 & 500 & 30 MG<br>THER PACK                                                                                                              | 3     | QL (122 PER 14 DAYS), NM |
| <i>amoxicillin (125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml)</i>                                                                                                           | 2     |                          |
| <i>amoxicillin (amoxicillin 125 mg chew tab, amoxicillin 500 mg cap, amoxicillin 250 mg chew tab, amoxicillin 250 mg cap, amoxicillin 500 mg tab, amoxicillin 875 mg tab)</i> | 2     |                          |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml)</i>                                                                                          | 2     |                          |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate (250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab)</i>                                                               | 2     |                          |
| <i>ampicillin 500 mg cap</i>                                                                                                                                                  | 2     |                          |
| <i>ampicillin sodium (1 gm soln, 10 gm soln)</i>                                                                                                                              | 2     | HI                       |
| <i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm soln, 3 (2-1) gm soln, 15 (10-5) gm soln)</i>                                                                                  | 2     | HI                       |
| ARIKAYCE 590 MG/8.4ML<br>SUSPENSION                                                                                                                                           | 5     | QL (252 PER 30 DAYS)     |
| <i>azithromycin (100 mg/5ml, 200 mg/5ml)</i>                                                                                                                                  | 2     | NM                       |
| <i>azithromycin (500 mg tab, 600 mg tab)</i>                                                                                                                                  | 2     | NM                       |
| <i>azithromycin 250 mg tab</i>                                                                                                                                                | 2     | QL (60 PER 30 DAYS), NM  |
| <i>azithromycin 500 mg recon soln</i>                                                                                                                                         | 2     | HI, NM                   |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                    | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------|
| <i>aztreonam (1 gm soln, 2 gm soln)</i>                                                                                                                                        | 2     | HI, NM                       |
| BAXDELA 300 MG RECON SOLN                                                                                                                                                      | 5     | QL (28 PER 14 DAYS), HI, NM  |
| BAXDELA 450 MG TAB                                                                                                                                                             | 5     | QL (28 PER 14 DAYS), NM      |
| BICILLIN C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION                                                                                                                                       | 4     | NM                           |
| BICILLIN C-R 900/300 900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION                                                                                                                         | 4     | NM                           |
| BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR)                                                                             | 4     | NM                           |
| CAYSTON 75 MG RECON SOLN                                                                                                                                                       | 5     | PA, QL (280 PER 30 DAYS), NM |
| CEFACLOR (250 MG CAP, 500 MG CAP)                                                                                                                                              | 2     | NM                           |
| CEFACLOR ER 500 MG TAB 12H                                                                                                                                                     | 2     | NM                           |
| <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                           |
| <i>cefazolin sodium (1 gm soln, 10 gm soln, 500 mg soln)</i>                                                                                                                   | 2     | HI, NM                       |
| <i>cefdinir (125 mg/5ml, 250 mg/5ml)</i>                                                                                                                                       | 2     | NM                           |
| <i>cefdinir 300 mg cap</i>                                                                                                                                                     | 2     | NM                           |
| <i>cefepime hcl (1 gm soln, 2 gm soln)</i>                                                                                                                                     | 2     | HI, NM                       |
| <i>cefixime (100 mg/5ml, 200 mg/5ml)</i>                                                                                                                                       | 3     | NM                           |
| <i>cefixime 400 mg cap</i>                                                                                                                                                     | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)          |
| <i>cefoxitin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)</i>                                                                                                                     | 2     | HI, NM                       |
| CEFPODOXIME PROXETIL (CEFPODOXIME PROXETIL 200 MG TAB, CEFPODOXIME PROXETIL 50 MG/5ML RECON SUSP, CEFPODOXIME PROXETIL 100 MG TAB, CEFPODOXIME PROXETIL 100 MG/5ML RECON SUSP) | 3     | NM                           |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>                                                                  | 2            | NM                        |
| CEFTAZIDIME (CEFTAZIDIME 6 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 1 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 2 GM RECON SOLN)                                                      | 2            | HI, NM                    |
| <i>ceftriaxone sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln, 250 mg soln, 500 mg soln)</i>                                                                   | 2            | HI, NM                    |
| <i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>                                                                                                        | 3            | NM                        |
| <i>cefuroxime sodium (1.5 gm soln, 750 mg soln)</i>                                                                                                      | 3            | HI, NM                    |
| <i>cephalexin (125 mg/5ml, 250 mg/5ml)</i>                                                                                                               | 2            | NM                        |
| <i>cephalexin (250 mg cap, 250 mg tab, 500 mg cap, 500 mg tab)</i>                                                                                       | 2            | NM                        |
| <i>ciprofloxacin hcl (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>                                                                                            | 2            | NM                        |
| <i>ciprofloxacin in d5w (ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution, ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution)</i>                                     | 2            | HI, NM                    |
| <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                        |
| <i>clarithromycin er 500 mg tab 24h</i>                                                                                                                  | 3            | NM                        |
| <i>clindamycin hcl (75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap)</i>                                                                                               | 2            | NM                        |
| <i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>                                                                                                    | 3            | NM                        |
| <i>clindamycin phosphate (300 mg/2ml, 600 mg/4ml)</i>                                                                                                    | 2            | HI, NM                    |
| <i>clindamycin phosphate (9 gm/60ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml)</i>                                                                                       | 2            | HI, NM                    |
| <i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml)</i>                                                                              | 2            | HI, NM                    |
| <i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>                                                                                                     | 2            | HI, NM                    |
| DALVANCE 500 MG RECON SOLN                                                                                                                               | 4            | HI, NM                    |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------|
| <i>daptomycin (daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 350 mg recon soln)</i>                                                                                    | 2            | HI, NM                       |
| <i>daptomycin 500 mg recon soln</i>                                                                                                                               | 2            | QL (150 PER 30 DAYS), HI, NM |
| <i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>                                                                                                              | 3            | NM                           |
| DIFICID 200 MG TAB                                                                                                                                                | 5            | ST, QL (20 PER 10 DAYS), NM  |
| DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP                                                                                                                                       | 5            | ST, QL (136 PER 10 DAYS), NM |
| <i>doxy 100 mg recon soln</i>                                                                                                                                     | 4            | HI, NM                       |
| <i>doxycycline hyclate (50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>                                                                                                    | 2            | NM                           |
| <i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>                                                                                                                      | 4            | HI                           |
| <i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>                                                                                                                              | 2            | QL (60 PER 30 DAYS), NM      |
| <i>doxycycline monohydrate (25 mg/5ml recon susp, 50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>                                                    | 2            | NM                           |
| <i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>                                                                                                                           | 2            | HI, NM                       |
| <i>erythrocin lactobionate (erythrocin lactobionate 500 mg recon soln, erythrocin lactobionate 500 mg recon soln)</i>                                             | 2            | HI, NM                       |
| <i>erythromycin (250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>                                                                                                 | 4            | NM                           |
| <i>erythromycin base (250 mg tab, 500 mg tab)</i>                                                                                                                 | 2            | NM                           |
| <i>erythromycin base (erythromycin base 500 mg tab dr, erythromycin base 250 mg cp dr part, erythromycin base 250 mg tab dr, erythromycin base 333 mg tab dr)</i> | 4            | NM                           |
| <i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp</i>                                                                                                          | 2            | NM                           |
| <i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg/5ml recon susp</i>                                                                                                          | 2            |                              |
| <i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>                                                                                                                | 2            |                              |
| FIRVANQ 25 MG/ML RECON SOLN                                                                                                                                       | 3            | QL (450 PER 30 DAYS)         |
| FIRVANQ 50 MG/ML RECON SOLN                                                                                                                                       | 3            | QL (450 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      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|
| 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                  |
| <i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>                                                                                 | 2     | HI, NM                  |
| <i>imipenem-cilastatin (imipenem-cilastatin 500 mg recon soln, imipenem-cilastatin 250 mg recon soln)</i>                   | 4     | HI, NM                  |
| <i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>                                                                    | 2     | NM                      |
| <i>levofloxacin in d5w (in 500 mg/100ml, in 750 mg/150ml)</i>                                                               | 2     | HI, NM                  |
| <i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>                                                                                      | 3     | NM                      |
| <i>linezolid 600 mg tab</i>                                                                                                 | 3     | QL (60 PER 30 DAYS), NM |
| <i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>                                                                                      | 3     | HI, NM                  |
| <i>meropenem (1 gm soln, 500 mg soln)</i>                                                                                   | 2     | HI, NM                  |
| <i>minocycline hcl (50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap)</i>                                                                   | 2     | NM                      |
| <i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>                                                                                          | 3     | NM                      |
| MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 400 MG/250ML SOLUTION                                                                              | 3     | HI, NM                  |
| <i>naftillin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)</i>                                                                  | 2     | HI, NM                  |
| <i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>                                                                                          | 2     | NM                      |
| NUZYRA 100 MG RECON SOLN                                                                                                    | 4     | HI, NM                  |
| NUZYRA 150 MG TAB                                                                                                           | 4     | QL (30 PER 14 DAYS), NM |
| <i>ofloxacin (ofloxacin 300 mg tab, ofloxacin 400 mg tab, ofloxacin 400 mg tab)</i>                                         | 3     | NM                      |
| PENICILLIN G POT IN DEXTROSE (40000 UNIT/ML SOLUTION, 60000 UNIT/ML SOLUTION)                                               | 2     | HI, NM                  |
| <i>penicillin g potassium 20000000 unit recon soln</i>                                                                      | 2     | HI, NM                  |
| PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN                                                                                 | 2     | HI, NM                  |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                      | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------|
| <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                              |
| <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                          |
| <i>piperacillin sod-tazobactam so 13.5 (12-1.5) gm recon ln</i>                                                                                                                                  | 2     | HI, NM                          |
| SIVEXTRO 200 MG RECON SOLN                                                                                                                                                                       | 4     | QL (6 PER 30 OVER TIME), HI, NM |
| SIVEXTRO 200 MG TAB                                                                                                                                                                              | 4     | QL (6 PER 30 OVER TIME), NM     |
| STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN                                                                                                                                                             | 2     | BVD, NM                         |
| <i>sulfadiazine 500 mg tab</i>                                                                                                                                                                   | 2     | NM                              |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 800-160 mg/20ml suspension)</i>                                                                                                      | 2     | NM                              |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim (400-80 mg tab, 800-160 mg tab)</i>                                                                                                                             | 2     | NM                              |
| <i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>                                                                                                                                                 | 4     | NM                              |
| TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)                                                                                                                                                   | 4     | HI, NM                          |
| <i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>                                                                                                                                                 | 3     | NM                              |
| <i>tigecycline 50 mg recon soln</i>                                                                                                                                                              | 2     | HI, NM                          |
| <i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>                                                                                                                                                           | 5     | PA, NM                          |
| <i>tobramycin sulfate (tobramycin sulfate 1.2 gm/30ml solution, tobramycin sulfate 10 mg/ml solution, tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 80 mg/2ml solution)</i>           | 2     | HI, NM                          |
| <i>vancomycin hcl (1 gm soln, 10 gm soln, 750 mg soln)</i>                                                                                                                                       | 4     | HI, NM                          |
| <i>vancomycin hcl (125 mg cap, 250 mg cap)</i>                                                                                                                                                   | 4     | QL (120 PER 30 DAYS), NM        |
| <i>vancomycin hcl (50 mg/ml soln, 250 mg/5ml soln)</i>                                                                                                                                           | 4     | QL (450 PER 30 DAYS), NM        |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                               | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                |
|-------------------------------------------|-------|-----------------------------------|
| <i>vancomycin hcl 25 mg/ml recon soln</i> | 4     | QL (450 PER 30 DAYS)              |
| <i>vancomycin hcl 500 mg recon soln</i>   | 4     | HI, NM                            |
| VANCOMYCIN HCL 750 MG RECON SOLN          | 4     |                                   |
| VOWST CAP                                 | 5     | ST, QL (12 PER 180 OVER TIME), NM |
| XIFAXAN 200 MG TAB                        | 4     | PA, QL (180 PER 30 DAYS), NM      |
| XIFAXAN 550 MG TAB                        | 5     | PA, QL (90 PER 30 DAYS), NM       |

## ANTIFUNGALS

|                                                                                      |   |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------|
| AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN                                                      | 4 | HI                          |
| <i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>                                      | 4 | HI                          |
| <i>caspofungin acetate (50 mg soln, 70 mg soln)</i>                                  | 4 | HI, NM                      |
| CRESEMBA (74.5 MG CAP, 186 MG CAP)                                                   | 5 | PA                          |
| <i>fluconazole (10 mg/ml, 40 mg/ml)</i>                                              | 3 | NM                          |
| <i>fluconazole (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>                   | 2 | NM                          |
| <i>fluconazole in sodium chloride (in 200-0.9 mg/100ml-%, in 400-0.9 mg/200ml-%)</i> | 2 | HI, NM                      |
| <i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>                                          | 2 | NM                          |
| <i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>                    | 3 | NM                          |
| <i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>                          | 3 | NM                          |
| <i>itraconazole 10 mg/ml solution</i>                                                | 3 | NM                          |
| <i>itraconazole 100 mg cap</i>                                                       | 3 | QL (126 PER 30 DAYS), NM    |
| <i>ketoconazole 200 mg tab</i>                                                       | 2 | NM                          |
| <i>micafungin sodium (50 mg soln, 100 mg soln)</i>                                   | 2 | BVD                         |
| NOXAFIL 300 MG PACKET                                                                | 5 | PA, QL (31 PER 30 DAYS), NM |
| <i>nystatin 100000 unit/ml suspension</i>                                            | 2 | NM                          |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                          | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------|
| <i>nystatin 500000 unit tab</i>                                                      | 2     | NM                                |
| <i>posaconazole 100 mg tab dr</i>                                                    | 5     | QL (240 PER 30 DAYS)              |
| <i>posaconazole 40 mg/ml suspension</i>                                              | 5     | NM                                |
| <i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>                                                    | 2     | QL (90 PER 30 DAYS), NM           |
| VIVJOA 150 MG CAP THPK                                                               | 4     | PA, QL (21 PER 180 OVER TIME), NM |
| <i>voriconazole (voriconazole 200 mg recon soln, voriconazole 200 mg recon soln)</i> | 3     | HI, NM                            |
| <i>voriconazole 200 mg tab</i>                                                       | 3     | QL (90 PER 30 DAYS), NM           |
| <i>voriconazole 40 mg/ml recon susp</i>                                              | 3     | QL (450 PER 30 DAYS), NM          |
| <i>voriconazole 50 mg tab</i>                                                        | 3     | QL (360 PER 30 DAYS), NM          |

## ANTIMYCOBACTERIALS

|                                                |   |                         |
|------------------------------------------------|---|-------------------------|
| <i>dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)</i>         | 3 |                         |
| <i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i> | 2 | NM                      |
| <i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab)</i>      | 2 | NM                      |
| PRETOMANID 200 MG TAB                          | 3 | PA, QL (30 PER 30 DAYS) |
| PRIFTIN 150 MG TAB                             | 4 | QL (32 PER 28 DAYS), NM |
| <i>pyrazinamide 500 mg tab</i>                 | 2 | NM                      |
| <i>rifabutin 150 mg cap</i>                    | 2 | NM                      |
| <i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>       | 3 | NM                      |
| <i>rifampin 600 mg recon soln</i>              | 3 | HI, NM                  |
| SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)                | 5 | PA, NM                  |

## ANTIPROTOZOALS

|                                                                                                                                     |   |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------|
| <i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>                                                                                             | 4 | NM                           |
| <i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)</i>                                                                    | 3 | NM                           |
| <i>chloroquine phosphate (chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 500 mg tab)</i> | 2 | NM                           |
| COARTEM 20-120 MG TAB                                                                                                               | 4 | QL (24 PER 30 OVER TIME), NM |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------|
| <i>hydroxychloroquine sulfate (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab)</i>                         | 4     | NM                          |
| IMPAVIDO 50 MG CAP                                                                                         | 4     | PA, QL (84 PER 28 DAYS), NM |
| KRINTAFEL 150 MG TAB                                                                                       | 4     | QL (4 PER 30 OVER TIME), NM |
| LAMPIT (30 MG TAB, 120 MG TAB)                                                                             | 4     | PA, NM                      |
| <i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>                                                                           | 2     | NM                          |
| <i>metronidazole (250 mg tab, 375 mg cap)</i>                                                              | 2     | NM                          |
| <i>metronidazole (metronidazole 500 mg/100ml solution, metronidazole 500 mg/100ml solution)</i>            | 2     | HI, NM                      |
| <i>metronidazole 500 mg tab</i>                                                                            | 2     | NM                          |
| <i>nitazoxanide 500 mg tab</i>                                                                             | 4     | QL (20 PER 10 DAYS), NM     |
| <i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>                                                           | 2     | BVD, HI, NM                 |
| <i>primaquine phosphate (primaquine phosphate 26.3 base mg tab, primaquine phosphate 26.3 base mg tab)</i> | 2     | NM                          |
| <i>pyrimethamine 25 mg tab</i>                                                                             | 5     |                             |
| <i>quinine sulfate 324 mg cap</i>                                                                          | 3     | NM                          |
| <i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>                                                                 | 2     | NM                          |

## ANTIVIRALS

|                                                                  |   |                      |
|------------------------------------------------------------------|---|----------------------|
| <i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>                        | 4 |                      |
| <i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>                               | 4 | QL (180 PER 30 DAYS) |
| <i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>                | 4 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>            | 1 |                      |
| <i>acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i> | 2 |                      |
| <i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>                        | 2 | HI                   |
| <i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>                              | 3 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg tab)</i>           | 3 |                      |
| <i>amantadine hcl 100 mg cap</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> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| APTIVUS 250 MG CAP                                                                                                                           | 5            | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| <i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>                                                                               | 3            | QL (60 PER 30 DAYS), NM   |
| BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION                                                                                                                | 4            | NM                        |
| BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)                                                                                                | 5            | QL (30 PER 30 DAYS), NM   |
| CIMDUO 300-300 MG TAB                                                                                                                        | 5            | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>darunavir 600 mg tab</i>                                                                                                                  | 4            | QL (60 PER 30 DAYS), NM   |
| <i>darunavir 800 mg tab</i>                                                                                                                  | 5            | QL (30 PER 30 DAYS), NM   |
| DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB                                                                                                                 | 5            | QL (30 PER 30 DAYS), NM   |
| DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)                                                                                                       | 5            | QL (30 PER 30 DAYS), NM   |
| DOVATO 50-300 MG TAB                                                                                                                         | 5            | QL (30 PER 30 DAYS), NM   |
| EDURANT 25 MG TAB                                                                                                                            | 5            | QL (60 PER 30 DAYS), NM   |
| EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL                                                                                                                   | 5            | QL (180 PER 30 DAYS)      |
| <i>efavirenz 600 mg tab</i>                                                                                                                  | 3            | QL (60 PER 30 DAYS), NM   |
| <i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg</i>                                                                                         | 4            | QL (30 PER 30 DAYS), NM   |
| <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   |
| <i>emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg</i>                                                                                          | 5            |                           |
| <i>emtricitabine 200 mg cap</i>                                                                                                              | 4            | QL (30 PER 30 DAYS), NM   |
| <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   |
| EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION                                                                                                                    | 4            | QL (720 PER 30 DAYS), NM  |
| <i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>                                                                                                      | 4            | QL (30 PER 30 DAYS), NM   |
| <i>etravirine (100 mg tab, 200 mg tab)</i>                                                                                                   | 4            | NM                        |
| EVOTAZ 300-150 MG TAB                                                                                                                        | 4            | QL (30 PER 30 DAYS), NM   |
| <i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>                                                                                      | 2            | NM                        |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                     | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>      |
|--------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| <i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>                | 4            | NM                             |
| GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB                          | 5            | QL (30 PER 30 DAYS), NM        |
| INTELENCE 25 MG TAB                                    | 4            | NM                             |
| ISENTRESS 100 MG CHEW TAB                              | 5            | QL (180 PER 30 DAYS), NM       |
| ISENTRESS 100 MG PACKET                                | 5            | QL (60 PER 30 DAYS), NM        |
| ISENTRESS 25 MG CHEW TAB                               | 4            | QL (180 PER 30 DAYS), NM       |
| ISENTRESS 400 MG TAB                                   | 5            | QL (60 PER 30 DAYS), NM        |
| ISENTRESS HD 600 MG TAB                                | 5            | QL (60 PER 30 DAYS), NM        |
| JULUCA 50-25 MG TAB                                    | 5            | QL (30 PER 30 DAYS), NM        |
| KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION                        | 4            | QL (390 PER 30 DAYS)           |
| <i>lamivudine (10 mg/ml, 300 mg/30ml)</i>              | 4            | NM                             |
| <i>lamivudine (100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i> | 4            | QL (60 PER 30 DAYS), NM        |
| <i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>            | 4            | NM                             |
| LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 90-400 MG TAB                    | 5            | PA, QL (168 PER 365 OVER TIME) |
| LIVTENCITY 200 MG TAB                                  | 5            | PA, QL (336 PER 28 DAYS)       |
| <i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>               | 4            | QL (300 PER 30 DAYS), NM       |
| <i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>               | 4            | QL (120 PER 30 DAYS), NM       |
| <i>maraviroc (150 mg tab, 300 mg tab)</i>              | 3            | QL (120 PER 30 DAYS), NM       |
| MAVYRET 100-40 MG TAB                                  | 5            | PA, QL (84 PER 28 DAYS)        |
| MAVYRET 50-20 MG PACKET                                | 5            | PA, QL (140 PER 28 DAYS)       |
| <i>nevirapine 200 mg tab</i>                           | 4            | QL (60 PER 30 DAYS), NM        |
| NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION                        | 4            | QL (1200 PER 30 DAYS), NM      |
| <i>nevirapine er 400 mg tab 24h</i>                    | 4            | QL (30 PER 30 DAYS), NM        |
| NORVIR 100 MG PACKET                                   | 4            | QL (360 PER 30 DAYS), NM       |
| ODEFSEY 200-25-25 MG TAB                               | 5            | QL (30 PER 30 DAYS), NM        |
| <i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>                 | 3            | QL (84 PER 180 OVER TIME), NM  |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                              | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>       |
|-------------------------------------------------|--------------|---------------------------------|
| <i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>          | 3            | QL (42 PER 180 OVER TIME), NM   |
| <i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i> | 3            | NM                              |
| <i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>          | 3            | QL (42 PER 180 OVER TIME), NM   |
| PAXLOVID (150/100) MG & 0MG TAB THPK            | 3            | QL (30 PER 60 OVER TIME), NM    |
| PAXLOVID (300/100) 20 150 MG & 0MG TAB THPK     | 3            | QL (30 PER 60 OVER TIME), NM    |
| PAXLOVID 6 150 MG & 5 100MG TAB THPK            | 3            | QL (11 PER 60 OVER TIME), NM    |
| PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR                | 5            | PA, QL (4 PER 30 OVER TIME), NM |
| PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION                     | 5            | PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NM |
| PIFELTRO 100 MG TAB                             | 5            | QL (30 PER 30 DAYS), NM         |
| PREVYMIS (20 MG PACKET, 120 MG PACKET)          | 5            | PA, QL (800 PER 365 OVER TIME)  |
| PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)               | 5            | PA, QL (200 PER 365 OVER TIME)  |
| PREZCOBIX 800-150 MG TAB                        | 5            | QL (30 PER 30 DAYS), NM         |
| PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION                   | 5            | QL (360 PER 30 DAYS), NM        |
| PREZISTA 150 MG TAB                             | 5            | QL (180 PER 30 DAYS), NM        |
| PREZISTA 75 MG TAB                              | 4            | QL (60 PER 30 DAYS), NM         |
| RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA           | 4            | QL (60 PER 30 DAYS), NM         |
| REYATAZ 50 MG PACKET                            | 5            | QL (240 PER 30 DAYS), NM        |
| RIBAVIRIN 200 MG CAP                            | 3            | QL (210 PER 30 DAYS), NM        |
| RIBAVIRIN 200 MG TAB                            | 3            | QL (210 PER 30 DAYS), NM        |
| <i>ritonavir 100 mg tab</i>                     | 4            | QL (450 PER 30 DAYS), NM        |
| RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H                       | 5            | QL (60 PER 30 DAYS)             |
| SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION                     | 5            | QL (1800 PER 30 DAYS), NM       |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                 | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES           |
|-------------------------------------------------------------|-------|------------------------------|
| SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 400-100 MG TAB                       | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)      |
| STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB                             | 5     | QL (30 PER 30 DAYS), NM      |
| SUNLENCA 300 MG TAB                                         | 5     | QL (5 PER 28 OVER TIME), NM  |
| SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK                                | 5     | QL (4 PER 180 OVER TIME), NM |
| SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK                                | 5     | QL (5 PER 180 OVER TIME), NM |
| SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB                               | 5     | QL (30 PER 30 DAYS), NM      |
| <i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>             | 3     | QL (30 PER 30 DAYS), NM      |
| TIVICAY 50 MG TAB                                           | 5     | QL (60 PER 30 DAYS), NM      |
| TIVICAY PD 5 MG TAB SOL                                     | 5     | QL (180 PER 30 DAYS)         |
| TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB                                   | 5     | QL (30 PER 30 DAYS), NM      |
| TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL                               | 5     | QL (180 PER 30 DAYS)         |
| TYBOST 150 MG TAB                                           | 3     | QL (30 PER 30 DAYS), NM      |
| <i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>              | 2     | QL (120 PER 30 DAYS), NM     |
| <i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>                        | 3     | QL (90 PER 30 DAYS), NM      |
| <i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>               | 3     | NM                           |
| VEMLIDY 25 MG TAB                                           | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)      |
| VIRACEPT (250 MG TAB, 625 MG TAB)                           | 5     | NM                           |
| VIREAD (150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)                 | 5     | QL (30 PER 30 DAYS), NM      |
| VIREAD 40 MG/GM POWDER                                      | 5     | NM                           |
| VOSEVI 400-100-100 MG TAB                                   | 5     | PA, QL (28 PER 28 DAYS)      |
| XOFLUZA (40 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK                      | 4     | QL (8 PER 365 OVER TIME), NM |
| XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK                      | 4     | QL (8 PER 365 OVER TIME), NM |
| XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 2 40 TAB THPK                   | 4     | QL (8 PER 365 OVER TIME), NM |
| <i>zidovudine (50 mg/5ml syrup, 100 mg cap, 300 mg tab)</i> | 4     | NM                           |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                            | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES |
|------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------|
| <b>URINARY ANTI-INFECTIVES</b>                                         |       |                    |
| <i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>                             | 3     | NM                 |
| <i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>                                  | 3     | NM                 |
| <i>nitrofurantoin (25 mg/5ml suspension, 50 mg/10ml suspension)</i>    | 3     | PA, NM             |
| <i>nitrofurantoin macrocrystal (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>  | 3     | NM                 |
| <i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>                         | 3     | NM                 |
| <i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>           | 2     |                    |
| <i>trimethoprim (trimethoprim 100 mg tab, trimethoprim 100 mg tab)</i> | 2     | NM                 |

## ANTIHISTAMINE DRUGS

### FIRST GENERATION ANTIHISTAMINES

|                                                                                                          |   |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------|
| <i>cyproheptadine hcl 2 mg/5ml syrup</i>                                                                 | 2 | QL (4500 PER 30 DAYS) |
| <i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>                                                                       | 3 | QL (450 PER 30 DAYS)  |
| <i>promethazine hcl (12.5 mg suppos, 25 mg suppos)</i>                                                   | 3 |                       |
| <i>promethazine hcl (6.25 mg/5ml solution, 12.5 mg tab, 12.5 mg/10ml solution, 25 mg tab, 50 mg tab)</i> | 2 |                       |
| PROMETHEGAN (PROMETHEGAN 50 MG SUPPOS, PROMETHEGAN 25 MG SUPPOS)                                         | 3 |                       |

### SECOND GENERATION ANTIHISTAMINES

|                                                           |   |                      |
|-----------------------------------------------------------|---|----------------------|
| <i>cetirizine hcl (1 mg/ml, 5 mg/5ml)</i>                 | 2 | QL (300 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)  |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>ANTINEOPLASTIC AGENTS</b>                                       |       |                               |
| <i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>                              | 3     | QL (120 PER 30 DAYS)          |
| <i>abirtega 250 mg tab</i>                                         | 3     | QL (120 PER 30 DAYS)          |
| AKEEGA (50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB)                             | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS)       |
| ALECENSA 150 MG CAP                                                | 5     | PA, QL (240 PER 30 DAYS)      |
| ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)                                   | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)       |
| ALUNBRIG 30 MG TAB                                                 | 5     | PA, QL (180 PER 30 DAYS)      |
| ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK                                      | 5     | PA, QL (30 PER 180 OVER TIME) |
| AUGTYRO 160 MG CAP                                                 | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS)       |
| AUGTYRO 40 MG CAP                                                  | 5     | PA, QL (240 PER 30 DAYS)      |
| AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER                         | 5     | PA, QL (66 PER 28 OVER TIME)  |
| AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB) | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)       |
| BALVERSA (3 MG TAB, 4 MG TAB, 5 MG TAB)                            | 5     | PA, QL (84 PER 28 DAYS)       |
| <i>bexarotene 75 mg cap</i>                                        | 5     | PA                            |
| <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 (400 MG TAB, 500 MG TAB)                                   | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)       |
| BOSULIF 50 MG CAP                                                  | 5     | PA, QL (210 PER 30 DAYS)      |
| BRAFTOVI 75 MG CAP                                                 | 5     | PA, QL (180 PER 30 DAYS)      |
| BRUKINSA 80 MG CAP                                                 | 5     | PA, QL (120 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)       |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------|
| 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<br>(CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP,<br>CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP,<br>CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TAB,<br>CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP,<br>CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TAB) | 2     | BVD                          |
| DANZITEN (71 MG TAB, 95 MG TAB)                                                                                                                                              | 5     | PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS) |
| <i>dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab, 70 mg tab,<br/>100 mg tab, 140 mg tab)</i>                                                                                               | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)      |
| DAURISMO 100 MG TAB                                                                                                                                                          | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)      |
| DAURISMO 25 MG TAB                                                                                                                                                           | 5     | PA, QL (90 PER 30 DAYS)      |
| 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)      |
| EULEXIN 125 MG CAP                                                                                                                                                           | 5     | PA, QL (180 PER 30 DAYS)     |
| <i>everolimus (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>                                                                                                                        | 5     | QL (120 PER 30 DAYS), BVD    |
| <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,<br/>10 mg tab)</i>                                                                                                          | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)      |
| <i>everolimus 0.25 mg tab</i>                                                                                                                                                | 4     | QL (120 PER 30 DAYS), BVD    |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                             | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>    |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------|
| 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)     |
| <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)      |
| GLEOSTINE (40 MG CAP, 100 MG CAP)                                              | 5            | PA                           |
| GLEOSTINE 10 MG CAP                                                            | 4            | PA                           |
| GOMEKLI (1 MG CAP, 1 MG TAB SOL)                                               | 5            | PA, QL (240 PER 30 DAYS)     |
| GOMEKLI 2 MG CAP                                                               | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)     |
| HERNEXEOS 60 MG TAB                                                            | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)      |
| <i>hydroxyurea 500 mg cap</i>                                                  | 2            |                              |
| IBRANCE (75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG CAP, 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)     |
| INLYTA 1 MG TAB                                                                | 5            | PA, QL (600 PER 30 DAYS)     |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                     | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>   |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|
| 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)     |
| JAYPIRCA 100 MG TAB                                                                    | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)     |
| JAYPIRCA 50 MG TAB                                                                     | 5            | PA, QL (30 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)     |
| KOSELUGO (10 MG CAP, 25 MG CAP)                                                        | 5            | PA, QL (120 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)     |
| <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) |
| 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)     |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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 (14 MG DAILY DOSE) (110 & CAP THPK     | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)   |
| LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 & 2 X 4 CAP THPK | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)   |
| LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) (0 X 10 CAP THPK    | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)   |
| LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) (X 10 & CAP THPK    | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)   |
| LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) (CAP THPK            | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)   |
| LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 CAP THPK       | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)   |
| LEUKERAN 2 MG TAB                              | 5            | PA                        |
| LONSURF (15-6.14 MG TAB, 20-8.19 MG TAB)       | 5            | PA, QL (80 PER 28 DAYS)   |
| LORBRENA 100 MG TAB                            | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)   |
| LORBRENA 25 MG TAB                             | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)   |
| LUMAKRAS 120 MG TAB                            | 5            | PA, QL (240 PER 30 DAYS)  |
| LUMAKRAS 240 MG TAB                            | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)  |
| LUMAKRAS 320 MG TAB                            | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)   |
| LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)              | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)  |
| LYSODREN 500 MG TAB                            | 5            |                           |
| LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK          | 5            | PA, QL (150 PER 30 DAYS)  |
| LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK          | 5            | PA, QL (150 PER 30 DAYS)  |
| LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK          | 5            | PA, QL (150 PER 30 DAYS)  |
| MATULANE 50 MG CAP                             | 5            |                           |
| MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN                 | 5            | PA, QL (1200 PER 30 DAYS) |
| MEKINIST 0.5 MG TAB                            | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)   |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------|
| 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            |                              |
| METHOTREXATE SODIUM (50 MG/2ML SOLUTION, 250 MG/10ML SOLUTION)                                                                                                                                                                                                         | 2            | BVD                          |
| <i>methotrexate sodium (pf) (methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution, methotrexate sodium (pf) 250 mg/10ml solution, methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 1000 mg/40ml solution)</i> | 2            | BVD                          |
| <i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                  | 2            |                              |
| MODEYSO 125 MG CAP                                                                                                                                                                                                                                                     | 5            | PA, 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 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)      |
| OGSIVEO 50 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                      | 5            | PA, QL (180 PER 30 DAYS)     |
| OJEMDA 100 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                      | 5            | PA, QL (24 PER 28 OVER TIME) |
| OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP                                                                                                                                                                                                                                             | 5            | PA, QL (96 PER 28 OVER TIME) |
| OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)                                                                                                                                                                                                                           | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)      |
| ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)                                                                                                                                                                                                                                        | 5            | PA, QL (14 PER 28 OVER TIME) |
| ORSERDU 345 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                                     | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)      |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>     |
|---------------------------------------------------|--------------|-------------------------------|
| ORSERDU 86 MG TAB                                 | 5            | PA, QL (90 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)       |
| 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)       |
| 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) |
| 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.

| MEDICAMENTO                                                           | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES          |
|-----------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------|
| 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)    |
| <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)    |
| TAGRISO (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)     |
| TAZVERIK 200 MG TAB                                                   | 5     | PA, QL (240 PER 30 DAYS)    |
| TEPMETKO 225 MG TAB                                                   | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS)     |
| TIBSOVO 250 MG TAB                                                    | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS)     |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>torpenz (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>      | 5            | PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <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            |                              |
| 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 (180 PER 30 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)     |
| VERZENIO (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)          | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)      |
| VIJOICE (50 MG TAB THPK, 125 MG TAB THPK)                         | 5            | PA, QL (28 PER 28 DAYS)      |
| VIJOICE 200 & 50 MG TAB THPK                                      | 5            | PA, QL (56 PER 28 DAYS)      |
| VIJOICE 50 MG PACKET                                              | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)      |
| VITRAKVI 100 MG CAP                                               | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)      |
| VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION                                        | 5            | PA, QL (300 PER 30 DAYS)     |
| VITRAKVI 25 MG CAP                                                | 5            | PA, QL (180 PER 30 DAYS)     |
| VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)                        | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)      |
| VONJO 100 MG CAP                                                  | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)     |
| VORANIGO 10 MG TAB                                                | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)      |
| VORANIGO 40 MG TAB                                                | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)      |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>    |
|----------------------------------------------|--------------|------------------------------|
| 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 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)     |
| 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)     |
| ZOLINZA 100 MG CAP                           | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)     |
| ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)             | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)      |
| ZYKADIA 150 MG TAB                           | 5            | PA, 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 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------|
| <b>ANTITOXINS, IMMUNE GLOBULINS, TOXOIDS, AND VACCINES</b>                                                                                                    |       |                    |
| <b>ANTITOXINS AND IMMUNE GLOBULINS</b>                                                                                                                        |       |                    |
| BIVIGAM (5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION)                                                                                                            | 5     | PA                 |
| GAMMAGARD (1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 30 GM/300ML SOLUTION)                    | 5     | PA                 |
| GAMMAGARD S/D LESS IGA (5 GM RECON SOLN, 10 GM RECON SOLN)                                                                                                    | 5     | PA                 |
| GAMMAKED 1 GM/10ML SOLUTION                                                                                                                                   | 5     | PA                 |
| GAMMAPLEX (5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION)                   | 5     | PA                 |
| GAMUNEX-C 1 GM/10ML SOLUTION                                                                                                                                  | 5     | PA                 |
| OCTAGAM (1 GM/20ML SOLUTION, 2 GM/20ML SOLUTION, 2.5 GM/50ML SOLUTION, 5 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 25 GM/500ML SOLUTION) | 5     | PA                 |
| OCTAGAM 30 GM/300ML SOLUTION                                                                                                                                  | 5     | PA                 |
| PRIVIGEN (5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION)                                                               | 5     | PA                 |
| <b>TOXOIDS</b>                                                                                                                                                |       |                    |
| ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)                                                                                       | 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, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION) | 3            | \$0 (PREVENTIVE)          |
| DAPTACEL 23-15-5SUSPENSION                                                    | 3            | \$0 (PREVENTIVE)          |
| INFANRIX 25-58-10SUSPENSION                                                   | 3            | \$0 (PREVENTIVE)          |
| KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR                                                      | 3            | \$0 (PREVENTIVE)          |
| PEDIARIX SUSPPRSYR                                                            | 3            |                           |
| PENTACEL RECONSUSP                                                            | 3            |                           |
| QUADRACEL 0.5 ML SUSP PRSYR                                                   | 3            | \$0 (PREVENTIVE)          |
| QUADRACEL SUSPENSION                                                          | 3            |                           |
| TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION                                               | 3            | \$0 (PREVENTIVE)          |

## **VACCINES**

|                                                                                                     |   |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------|
| ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN                                                                    | 3 | QL (1 PER 999 OVER TIME), \$0 (PREVENTIVE) |
| ACTHIB RECONSOLN                                                                                    | 3 |                                            |
| AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP                                                                     | 3 | QL (1 PER 999 OVER TIME), \$0 (PREVENTIVE) |
| BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN                                                                        | 3 | \$0 (PREVENTIVE)                           |
| BEXSERO SUSPPRSYR                                                                                   | 3 | \$0 (PREVENTIVE)                           |
| ENGRIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)                      | 3 | BVD, \$0 (PREVENTIVE)                      |
| GARDASIL 9 (9 SUSP PRSYR, 9 SUSPENSION)                                                             | 3 | \$0 (PREVENTIVE)                           |
| HAVRIX (720 U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 U/0.5ML SUSPENSION, 1440 U/ML SUSP PRSYR, 1440 U/ML SUSPENSION) | 3 | \$0 (PREVENTIVE)                           |
| HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR                                                                  | 3 | BVD, \$0 (PREVENTIVE)                      |
| HIBERIX 10 MCG RECON SOLN                                                                           | 3 |                                            |
| IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP                                                                | 3 | \$0 (PREVENTIVE)                           |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------|
| IPOL SUSPENSION                                                                                                                  | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                           |
| IXIARO SUSPENSION                                                                                                                | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                           |
| JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION                                                                                                        | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                           |
| M-M-R II RECONSOLN                                                                                                               | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                           |
| MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)                                                                                            | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                           |
| MENVEO RECONSOLN                                                                                                                 | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                           |
| MENVEO SOLUTION                                                                                                                  | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                           |
| MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR                                                                                                  | 3            | QL (1 PER 999 OVER TIME), \$0 (PREVENTIVE) |
| PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION                                                                                              | 3            |                                            |
| PENBRAYA RECONSUSP                                                                                                               | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                           |
| PENMENVY RECONSUSP                                                                                                               | 3            | \$0 (Preventive)                           |
| PRIORIX RECONSUSP                                                                                                                | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                           |
| PROQUAD RECONSUSP                                                                                                                | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                           |
| RABAVERT RECONSUSP                                                                                                               | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                           |
| RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION, 10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION) | 3            | BVD, \$0 (PREVENTIVE)                      |
| ROTARIX SUSPENSION                                                                                                               | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                           |
| ROTATEQ SOLUTION                                                                                                                 | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                           |
| SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP                                                                                                 | 3            | \$0 (PREVENTIVE)                           |
| 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)                      |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------|
| TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)                                               | 3     | \$0 (PREVENTIVE)                               |
| VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION, 50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION) | 3     | \$0 (PREVENTIVE)                               |
| VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP                                                                        | 3     | \$0 (Preventive)                               |
| VAXCHORA RECONSUSP                                                                                       | 3     | PA, \$0 (PREVENTIVE)                           |
| VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR                                                                         | 3     | PA, \$0 (PREVENTIVE)                           |
| VIVOTIF CAPDR                                                                                            | 3     | PA, QL (4 PER 999 OVER TIME), \$0 (Preventive) |
| YF-VAX RECONSUSP                                                                                         | 3     | \$0 (PREVENTIVE)                               |

## AUTONOMIC DRUGS

### ANTICHOLINERGIC AGENTS

|                                                |   |                           |
|------------------------------------------------|---|---------------------------|
| ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA       | 3 | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN              | 4 |                           |
| BEVESPI AEROSPHERE 9-4.8 MCG/ACT AEROSOL       | 4 | ST, QL (10.7 PER 30 DAYS) |
| BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL   | 3 | QL (10.7 PER 30 DAYS)     |
| COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN    | 3 | QL (8 PER 30 DAYS)        |
| <i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i>  | 2 | QL (240 PER 30 DAYS)      |
| <i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i>      | 2 | QL (2400 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>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>     | 2 |                           |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                  | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES       |
|--------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
| <i>glycopyrrolate 1 mg/5ml solution</i>                      | 3     |                          |
| INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT<br>AER POW BA                   | 4     | ST, QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>                   | 2     | BVD                      |
| <i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml<br/>solution</i> | 2     | BVD                      |
| <i>methscopolamine bromide 2.5 mg tab</i>                    | 2     |                          |
| <i>methscopolamine bromide 5 mg tab</i>                      | 2     |                          |
| <i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>                     | 3     | QL (10 PER 28 OVER TIME) |
| SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP                                | 3     | QL (30 PER 30 DAYS)      |
| SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACT<br>AERO SOLN                   | 3     | QL (4 PER 30 DAYS)       |
| SPIRIVA RESPIMAT 2.5 MCG/ACT<br>AERO SOLN                    | 3     | QL (4 PER 30 DAYS)       |
| 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)      |

## AUTONOMIC DRUGS, MISCELLANEOUS

|                                                                                |   |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------|
| NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION                                                  | 5 | PA, QL (360 PER 30 DAYS) |
| <i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 &amp; 1 mg<br/>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 |                          |

## PARASYMPATHOMIMETIC (CHOLINERGIC) AGENTS

|                                                                                          |   |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| <i>bethanechol chloride (5 mg tab, 10 mg tab, 25<br/>mg tab, 50 mg tab)</i>              | 2 |  |
| <i>donepezil hcl (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg<br/>tab, 10 mg tab disp, 23 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>galantamine hydrobromide (4 mg tab, 8 mg tab, 12 mg tab)</i>                                                                               | 2     |                    |
| 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     |                    |
| <i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>                                                                                                 | 3     |                    |
| <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>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     |                    |

## 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 mg tab)</i> | 2 |                          |
| <i>metaxalone 800 mg tab</i>                                 | 3 |                          |
| <i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>                | 2 |                          |
| SOHONOS (1 MG CAP, 1.5 MG CAP, 2.5 MG CAP)                   | 5 | PA, QL (30 PER 30 DAYS)  |
| SOHONOS 10 MG CAP                                            | 5 | PA, QL (60 PER 30 DAYS)  |
| SOHONOS 5 MG CAP                                             | 5 | PA, QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <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) |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>SYMPATHOLYTIC (ADRENERGIC BLOCKING) AGENTS</b>  |       |                           |
| <i>alfuzosin hcl er 10 mg tab 24h</i>              | 2     | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i> | 3     | PA                        |
| <i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>   | 3     | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>phenoxybenzamine hcl 10 mg cap</i>              | 5     | PA, QL (3600 PER 30 DAYS) |
| <i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>              | 2     | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>                   | 1     | QL (60 PER 30 DAYS)       |

## SYMPATHOMIMETIC (ADRENERGIC) AGENTS

|                                                                                                                                 |   |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------|
| <i>albuterol sulfate (0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/3ml soln, (2.5 mg/3ml) 0.083% soln, 2.5 mg/0.5ml soln, (5 mg/ml) 0.5% soln)</i> | 2 | BVD                       |
| <i>albuterol sulfate (2 mg tab, 2 mg/5ml syrup, 4 mg tab, 8 mg/20ml syrup)</i>                                                  | 2 |                           |
| <i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>                                                                    | 2 | QL (17 PER 30 OVER TIME)  |
| ALBUTEROL SULFATE HFA 108 (90 BASE) MCG/ACT AERO SOLN                                                                           | 2 | QL (36 PER 30 OVER TIME)  |
| <i>arformoterol tartrate 15 mcg/2ml nebu soln</i>                                                                               | 3 | QL (120 PER 30 DAYS), BVD |
| AUVI-Q (0.15 MG/0.15ML SOLN A-INJ, 0.3 MG/0.3ML SOLN A-INJ)                                                                     | 3 |                           |
| AUVI-Q 0.1 MG/0.1ML SOLN A-INJ                                                                                                  | 3 |                           |
| BREO ELLIPTA (50-25 MCG/INH AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)                                                              | 3 | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| BREO ELLIPTA 100-25 MCG/ACT AER POW BA                                                                                          | 3 | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| <i>breyna (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</i>                                                                                 | 4 | QL (20.4 PER 30 DAYS)     |
| <i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</i>                                                         | 4 | QL (20.4 PER 30 DAYS)     |
| <i>droxidopa (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>                                                                           | 4 | PA, QL (180 PER 30 DAYS)  |
| EPINEPHRINE (0.15 MG/0.15ML SOLN A-INJ, 0.3 MG/0.3ML SOLN A-INJ)                                                                | 3 | QL (2 PER 30 OVER TIME)   |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>epinephrine (0.15 mg/0.3ml soln, 0.3 mg/0.3ml soln)</i>                                              | 3     |                               |
| <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)          | 3     | QL (12 PER 30 DAYS)           |
| FLUTICASONE-SALMETEROL (55-14 MCG/ACT AER POW BA, 113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA) | 3     | QL (1 PER 30 DAYS)            |
| <i>formoterol fumarate 20 mcg/2ml nebu soln</i>                                                         | 4     | QL (120 PER 30 DAYS), BVD     |
| <i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml soln, 0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/0.5ml soln, 1.25 mg/3ml soln)</i>      | 2     | BVD                           |
| LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL                                                                | 2     |                               |
| <i>lofexidine hcl 0.18 mg tab</i>                                                                       | 5     | PA, QL (224 PER 30 OVER TIME) |
| <i>midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                  | 3     |                               |
| SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA                                                                   | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)           |
| STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACT AERO SOLN                                                                | 3     | QL (4 PER 30 DAYS)            |
| <i>terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>                                                       | 2     |                               |
| VENTOLIN HFA 108 (90 BASE) MCG/ACT AERO SOLN                                                            | 3     | QL (36 PER 30 DAYS)           |
| <i>wixela inhub (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)</i>                                    | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)           |

## BLOOD DERIVATIVES

|                                   |   |    |
|-----------------------------------|---|----|
| PROLASTIN-C 1000 MG RECON SOLN    | 5 | PA |
| PROLASTIN-C 1000 MG/20ML SOLUTION | 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>BLOOD FORMATION, COAGULATION, AND THROMBOSIS AGENTS</b>                                                                                                                                       |       |                          |
| <b>ANTITHROMBOTIC AGENTS</b>                                                                                                                                                                     |       |                          |
| <i>ticagrelor 60 mg tab</i>                                                                                                                                                                      | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)      |
| <b>BLOOD FORMATION, COAGULATION, AND THROMBOSIS AGENTS</b>                                                                                                                                       |       |                          |
| <b>HEMATOPOIETIC AGENTS</b>                                                                                                                                                                      |       |                          |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 500 MCG/ML SOLN PRSYR) | 5     | BVD, ESRD                |
| 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                |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) 10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR                                                                                                                                                   | 3     | BVD, ESRD                |
| DOPTelet 20 MG TAB                                                                                                                                                                               | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <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                |
| FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR                                                                                                                                                                   | 5     | BVD                      |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                        | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES |
|------------------------------------|-------|--------------------|
| ZIEXTENZO 6 MG/0.6ML SOLN<br>PRSYR | 5     | PA                 |

## BLOOD FORMATION, COAGULATION, AND THROMBOSIS AGENTS

### ANTHEMORRHAGIC AGENTS

|                                   |   |                     |
|-----------------------------------|---|---------------------|
| <i>tranexamic acid 650 mg tab</i> | 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
|-----------------------------------|---|---------------------|

## BLOOD FORMATION, COAGULATION & THROMBOSIS AGENTS

### ANTITHROMBOTIC AGENTS

|                                                                                                                                                      |   |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------|
| <i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>                                                                                                         | 2 |                      |
| <i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>                                                                                                               | 1 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap)</i>                                                                             | 4 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <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) 1000 unit/ml solution</i>                                                                                                | 3 | ESRD                 |
| <i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>                                                                                             | 3 | ESRD                 |
| <i>prasugrel hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                                                                           | 2 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>ticagrelor 90 mg tab</i>                                                                                                                          | 3 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| XARELTO (10 MG TAB, 20 MG TAB)                                                                                                                       | 3 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP                                                                                                                           | 3 | QL (600 PER 30 DAYS) |
| XARELTO 15 MG TAB                                                                                                                                    | 3 | QL (42 PER 30 DAYS)  |
| XARELTO 2.5 MG TAB                                                                                                                                   | 3 | QL (60 PER 30 DAYS)  |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>CARDIOVASCULAR DRUGS</b>                                                                                                                                                              |       |                         |
| <b>ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS</b>                                                                                                                                                  |       |                         |
| <i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>                                                                                                                       | 2     | QL (60 PER 30 DAYS)     |
| <i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>                                                                                                                                       | 2     |                         |
| <i>terazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>                                                                                                                           | 1     | QL (60 PER 30 DAYS)     |
| <b>ANTILIPEMIC AGENTS</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>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     | QL (720 PER 30 DAYS)    |
| <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)     |
| <i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 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.

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                            | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|
| <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 (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            |                             |

## BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS

|                                                                                                                          |   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| <i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>                                                                           | 2 |  |
| <i>atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                                                                       | 2 |  |
| <i>atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 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>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>                                   | 2 |  |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                    | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION                                                                            | 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>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i>                    | 3            |                           |
| <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            |                           |
| <i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>                        | 1            |                           |
| PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 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>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            |                           |
| <i>timolol maleate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                               | 2            |                           |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------|
| <b>CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |       |                    |
| <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 (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                   | 1     |                    |
| <i>amlodipine besylate-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                | 1     |                    |
| <i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 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>                                                                                                                                                                                                                                   | 3     |                    |
| <i>diltiazem hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                             | 2     |                    |
| <i>diltiazem hcl er (er 60 mg cap er 12h, er 90 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 24h, er 120 mg tab er 24h, er 180 mg cap er 24h, er 180 mg tab er 24h, er 240 mg cap er 24h, er 240 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h, er 360 mg tab er 24h, er 420 mg tab er 24h)</i> | 2     |                    |
| <i>diltiazem hcl er beads (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er, er 420 mg cap er)</i>                                                                                                                                                     | 2     |                    |
| <i>diltiazem hcl er coated beads (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er)</i>                                                                                                                                                                | 2     |                    |
| <i>felodipine er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)</i>                                                                                                                                                                                                                       | 2     |                    |
| <i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>                                                                                                                                                                                                                                                       | 2     |                    |
| <i>matzim la (180 mg tab er, 240 mg tab er, 300 mg tab er, 360 mg tab er, 420 mg tab er)</i>                                                                                                                                                                                                   | 3     |                    |
| <i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>                                                                                                                                                                                                                                                  | 2     |                    |
| <i>nifedipine (10 mg cap, 20 mg cap)</i>                                                                                                                                                                                                                                                       | 1     |                    |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>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     |                          |
| <i>nisoldipine er (nisoldipine er 34 mg tab er 24h, nisoldipine er 20 mg tab er 24h, nisoldipine er 25.5 mg tab er 24h, nisoldipine er 30 mg tab er 24h, nisoldipine er 40 mg tab er 24h, nisoldipine er 8.5 mg tab er 24h, nisoldipine er 17 mg tab er 24h)</i> | 2     |                          |
| <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     |                          |
| TELMISARTAN-AMLODIPINE (40-10 MG TAB, 40-5 MG TAB, 80-10 MG TAB, 80-5 MG TAB)                                                                                                                                                                                    | 1     |                          |
| <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     |                          |
| 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>verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                          | 1     |                          |
| <i>verapamil hcl er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er)</i>                                                                                                                                                                                   | 2     |                          |
| <i>verapamil hcl er (er 120 mg tab er, er 180 mg tab er, er 240 mg tab er)</i>                                                                                                                                                                                   | 1     |                          |
| <b>CARDIAC DRUGS</b>                                                                                                                                                                                                                                             |       |                          |
| <i>amiodarone hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                       | 1     |                          |
| CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                       | 4     | ST, QL (450 PER 30 DAYS) |
| <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     |                          |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>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>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>                                     | 4            | ST, QL (60 PER 30 DAYS)   |
| <i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>                       | 3            |                           |
| <b>NORPACE CR (100 MG CAP ER 12H, 150 MG CAP ER 12H)</b>                         | 4            |                           |
| <i>pacerone (100 mg tab, 200 mg tab, 400 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            |                           |
| <b>QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)</b>                                | 2            | NM                        |
| <i>ranolazine er (er 500 mg tab er, er 1000 mg tab er)</i>                       | 3            | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| <b>VYNDAMAX 61 MG CAP</b>                                                        | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)   |
| <b>VYNDAQEL 20 MG CAP</b>                                                        | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)  |

## **HYPOTENSIVE AGENTS**

|                                                                                     |   |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------|
| <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>clonidine hcl er 0.1 mg tab 12h</i>                                              | 1 | QL (120 PER 30 DAYS)  |
| <i>furosemide 10 mg/ml solution</i>                                                 | 2 |                       |
| <i>hydralazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                | 1 |                       |
| <i>minoxidil (2.5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                            | 2 |                       |
| <b>NIMODIPINE 60 MG/20ML SOLUTION</b>                                               | 5 | QL (1800 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      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|
| NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION                                                                           | 5     | QL (1800 PER 30 DAYS)   |
| <b>RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERONE SYSTEM INHIBITORS</b>                                              |       |                         |
| <i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>                                                  | 2     | ST, QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>benazepril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                                   | 1     |                         |
| <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>candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>                             | 1     |                         |
| <i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>                    | 1     |                         |
| <i>captopril (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                                    | 1     |                         |
| EDARBYCLOR (40-12.5 MG TAB, 40-25 MG TAB)                                                           | 4     | ST                      |
| <i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>                               | 1     |                         |
| <i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)</i>                                  | 1     |                         |
| ENTRESTO (6-6 MG CAP SPRINK, 15-16 MG CAP SPRINK)                                                   | 3     | QL (240 PER 30 DAYS)    |
| <i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                            | 3     |                         |
| <i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                                          | 1     |                         |
| <i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>                                      | 1     |                         |
| <i>irbesartan (75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i>                                               | 1     |                         |
| <i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>                            | 1     |                         |
| KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)                                                          | 4     | PA, QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>                | 1     |                         |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                           | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------|
| <i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>                                  | 1     |                     |
| <i>losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 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>moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>                                                                          | 1     |                     |
| <i>olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                                                          | 1     |                     |
| <i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 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>sacubitril-valsartan (24-26 mg tab, 49-51 mg tab, 97-103 mg tab)</i>                                               | 3     | QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                                                              | 2     |                     |
| <i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>                                                                               | 2     |                     |
| <i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>                                                                  | 1     |                     |
| <i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>                                                | 1     |                     |
| <i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>                                                                    | 1     |                     |
| <i>valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 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     |                     |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>VASODILATING AGENTS</b>                                                                                                                                             |       |                          |
| <i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap 12h</i>                                                                                                                       | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)      |
| <i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>                                                                                     | 2     |                          |
| <i>isosorbide mononitrate (isosorbide mononitrate 10 mg tab, isosorbide mononitrate 20 mg tab, isosorbide mononitrate 10 mg tab, isosorbide mononitrate 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     |                          |
| NITRO-BID 2 % OINTMENT                                                                                                                                                 | 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     |                          |
| <i>sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp</i>                                                                                                                          | 3     | PA, QL (180 PER 30 DAYS) |
| <i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>                                                                                                                                    | 3     | PA, QL (90 PER 30 DAYS)  |
| <i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>                                                                                                                                       | 3     | PA, QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>tadalafil 5 mg tab</i>                                                                                                                                              | 3     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)  |
| TADLIQ 20 MG/5ML SUSPENSION                                                                                                                                            | 5     | PA, QL (300 PER 30 DAYS) |
| VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)                                                                                                                              | 3     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)  |

## CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

### ANALGESICS AND ANTIPYRETICS

|                                                                            |   |                          |
|----------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------|
| <i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab)</i> | 3 | QL (390 PER 30 DAYS)     |
| <i>ascomp-codeine 50-325-40-30 mg cap</i>                                  | 3 | QL (180 PER 30 DAYS), NM |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                        | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|
| <i>bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab</i>                                                                    | 3            | QL (60 PER 30 DAYS), NM     |
| <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 |
| <i>buprenorphine hcl 2 mg sl tab</i>                                                                                      | 3            | QL (210 PER 30 DAYS), NM    |
| <i>buprenorphine hcl 8 mg sl tab</i>                                                                                      | 3            | QL (120 PER 30 DAYS), NM    |
| <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg tab, 8-2 mg tab)</i>                                                          | 2            | QL (120 PER 30 DAYS), NM    |
| <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg, 12-3 mg)</i>                                                 | 3            | QL (120 PER 30 DAYS), NM    |
| <i>butalbital-apap-caff-cod (50-300-40-30 mg cap, 50-325-40-30 mg cap)</i>                                                | 3            | QL (60 PER 30 DAYS), NM     |
| <i>butalbital-apap-caffeine (50-300-40 mg cap, 50-325-40 mg cap, 50-325-40 mg tab)</i>                                    | 3            | QL (60 PER 30 DAYS), NM     |
| <i>butalbital-asa-caff-codeine 50-325-40-30 mg cap</i>                                                                    | 3            | QL (60 PER 30 DAYS), NM     |
| <i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>                                                                       | 3            | QL (60 PER 30 DAYS), NM     |
| <i>celecoxib 100 mg cap</i>                                                                                               | 2            | QL (240 PER 30 DAYS)        |
| <i>celecoxib 200 mg cap</i>                                                                                               | 2            | QL (120 PER 30 DAYS)        |
| <i>celecoxib 400 mg cap</i>                                                                                               | 2            | QL (60 PER 30 DAYS)         |
| <i>celecoxib 50 mg cap</i>                                                                                                | 2            | QL (480 PER 30 DAYS)        |
| <i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>                                                                                     | 2            |                             |
| <i>diclofenac potassium(migraine) 50 mg packet</i>                                                                        | 3            | ST, QL (9 PER 30 OVER TIME) |
| <i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr)</i>                                                       | 2            |                             |
| <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)         |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>fenoprofen calcium (fenoprofen calcium 400 mg cap, fenoprofen calcium 400 mg cap)</i>                                                 | 2            |                                  |
| <i>fentanyl (12 mcg/hr patch, 25 mcg/hr patch, 50 mcg/hr patch, 75 mcg/hr patch, 100 mcg/hr patch)</i>                                   | 3            | PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NM |
| <i>flurbiprofen (flurbiprofen 100 mg tab, flurbiprofen 100 mg tab)</i>                                                                   | 2            |                                  |
| <i>hydrocodone-acetaminophen (5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)</i>                                                           | 3            | QL (240 PER 30 DAYS)             |
| <b>HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-325 MG TAB</b>                                                                                          | 3            | QL (240 PER 30 DAYS), NM         |
| <i>hydromorphone hcl (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>                                                                                  | 3            | QL (120 PER 30 DAYS), NM         |
| <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</i>                                                                                                            | 2            | QL (240 PER 30 DAYS)             |
| <i>indomethacin 50 mg cap</i>                                                                                                            | 2            | QL (120 PER 30 DAYS)             |
| <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>methadone hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                                                               | 3            | QL (90 PER 30 DAYS), NM          |
| <i>morphine sulfate (morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab, morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab)</i> | 3            | QL (120 PER 30 DAYS), NM         |
| <i>morphine sulfate er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>                                        | 3            | QL (60 PER 30 DAYS), NM          |
| <i>morphine sulfate er 15 mg tab</i>                                                                                                     | 3            | QL (90 PER 30 DAYS), NM          |
| <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            |                                  |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>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  |
| <i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)</i> | 3            | QL (180 PER 30 DAYS)      |
| <i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i>                                                      | 2            |                           |
| <i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>                                                     | 2            |                           |
| <i>tramadol hcl 100 mg tab</i>                                                               | 3            | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| <i>tramadol hcl 50 mg tab</i>                                                                | 3            | QL (240 PER 30 DAYS)      |
| <i>tramadol hcl er 100 mg tab 24h</i>                                                        | 3            | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| <i>tramadol hcl er 200 mg tab 24h</i>                                                        | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| <i>tramadol hcl er 300 mg tab 24h</i>                                                        | 3            | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>                                                | 3            | QL (120 PER 30 DAYS)      |

## **ANOREXIGENIC AGENTS AND RESPIRATORY AND CNS STIMULANTS**

|                                                                                                                                                                          |   |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------|
| <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>armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)</i>                                                                                                       | 3 | QL (90 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>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) |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>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)       |
| <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>modafinil (100 mg tab, 200 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                   | 3            | QL (90 PER 30 DAYS)       |
| WAKIX (4.45 MG TAB, 17.8 MG TAB)                                                                                                                                                                                            | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)   |

## ANTICONVULSANTS

|                                                                      |   |                          |
|----------------------------------------------------------------------|---|--------------------------|
| BRIVIACT (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB, 100 MG TAB)    | 5 | ST, QL (60 PER 30 DAYS)  |
| BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION                                           | 5 | ST, QL (600 PER 30 DAYS) |
| <i>carbamazepine (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)</i> | 2 | QL (2400 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>carbamazepine 100 mg chew tab</i>                                                                   | 2            | QL (480 PER 30 DAYS)         |
| CARBAMAZEPINE 200 MG CHEW TAB                                                                          | 3            | QL (240 PER 30 DAYS)         |
| <i>carbamazepine 200 mg tab</i>                                                                        | 2            | QL (240 PER 30 DAYS)         |
| <i>carbamazepine er (er 100 mg cap er, er 100 mg tab er)</i>                                           | 3            | QL (480 PER 30 DAYS)         |
| <i>carbamazepine er (er 200 mg cap er, er 200 mg tab er)</i>                                           | 3            | QL (240 PER 30 DAYS)         |
| <i>carbamazepine er 300 mg cap 12h</i>                                                                 | 3            | QL (150 PER 30 DAYS)         |
| <i>carbamazepine er 400 mg tab 12h</i>                                                                 | 3            | QL (120 PER 30 DAYS)         |
| <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 (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp)</i> | 3            | QL (300 PER 30 DAYS)         |
| <i>clonazepam (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>                                                     | 2            | QL (300 PER 30 DAYS)         |
| DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET, 500 MG CAP, 500 MG PACKET)                                        | 4            | PA, LA, QL (300 PER 30 DAYS) |
| 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)         |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------|
| EQUETRO (100 MG CAP ER 12H, 200 MG CAP ER 12H, 300 MG CAP ER 12H)                                 | 4            | ST, QL (180 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) |
| FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION                                                                      | 5            | ST, QL (720 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)         |
| <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)    |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>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 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)      |
| <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>magnesium sulfate (magnesium sulfate 50 % solution, magnesium sulfate 50 % solution)</i>                                                                                     | 2            | HI                        |
| <i>methsuximide 300 mg cap</i>                                                                                                                                                  | 4            | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| <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 (4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab, 10 mg tab, 12 mg tab)</i>                                                                                                          | 5            | ST, QL (30 PER 30 DAYS)   |
| <i>perampanel 2 mg tab</i>                                                                                                                                                      | 4            | ST, QL (30 PER 30 DAYS)   |
| <i>phenobarbital (15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab, 100 mg tab)</i> | 2            |                           |
| <i>phenytek (200 mg cap, 300 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>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            |                           |
| <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            |                           |
| <b>PRIMIDONE 125 MG TAB</b>                                                                                                        | 2            | QL (480 PER 30 DAYS)      |
| <i>primidone 250 mg tab</i>                                                                                                        | 2            | QL (240 PER 30 DAYS)      |
| <i>primidone 50 mg tab</i>                                                                                                         | 2            | QL (1200 PER 30 DAYS)     |
| <i>rufinamide 200 mg tab</i>                                                                                                       | 4            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)  |
| <i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>                                                                                              | 5            | PA, QL (2400 PER 30 DAYS) |
| <i>rufinamide 400 mg tab</i>                                                                                                       | 5            | PA, QL (240 PER 30 DAYS)  |
| <b>SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)</b>                                                                                            | 4            | ST, QL (90 PER 30 DAYS)   |
| <b>SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)</b>                                                                                | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)   |
| <i>tiagabine hcl 12 mg tab</i>                                                                                                     | 4            | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| <i>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 sprink)</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            |                           |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>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) |
| <i>vigpoder 500 mg packet</i>                                                                                      | 5            | PA, LA, QL (180 PER 30 DAYS)      |
| XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)                                                  | 4            | QL (60 PER 30 DAYS)               |
| XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 TAB THPK                                                                      | 4            | QL (56 PER 28 DAYS)               |
| XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 TAB THPK                                                                      | 4            | QL (56 PER 28 DAYS)               |
| XCOPRI (COPRI 14 12.5 MG 14 25 MG TAB THPK, COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK) | 4            | QL (28 PER 28 DAYS)               |
| ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION                                                                                     | 5            | PA                                |
| <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)     |
| <b>ANTIMIGRAINE AGENTS</b>                                                                                         |              |                                   |
| 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>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)                                                              | 4            | PA, QL (5 PER 84 OVER TIME)       |
| EMGALITY (300 MG DOSE) 100 /ML SOLN PRSYR                                                                          | 3            | PA, 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)           |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------|
| NURTEC 75 MG TAB DISP                                                                            | 3     | PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)  |
| QULIPTA (10 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB)                                                        | 4     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)      |
| REYVOW (50 MG TAB, 100 MG TAB)                                                                   | 4     | 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) |
| <i>sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                                  | 2     | QL (9 PER 30 OVER TIME)      |
| <i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)</i> | 3     | QL (4 PER 30 OVER TIME)      |
| <i>sumatriptan succinate refill 4 mg/0.5ml soln cart</i>                                         | 3     | QL (4 PER 30 OVER TIME)      |
| UBRELVY (50 MG TAB, 100 MG TAB)                                                                  | 3     | PA, QL (16 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 (zolmitriptan 5 mg solution, zolmitriptan 2.5 mg solution)</i>                   | 4     | ST, QL (8 PER 30 OVER TIME)  |

## ANTIPARKINSONIAN AGENTS

|                                                      |   |                     |
|------------------------------------------------------|---|---------------------|
| <i>apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart</i>           | 5 | PA                  |
| <i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>   | 2 | QL (90 PER 30 DAYS) |
| <i>benztropine mesylate 2 mg tab</i>                 | 2 |                     |
| <i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i> | 3 |                     |
| <i>cabergoline 0.5 mg tab</i>                        | 2 |                     |
| <i>carbidopa 25 mg tab</i>                           | 2 |                     |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                       | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
| CARBIDOPA-LEVODOPA<br>(CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 MG TAB, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 MG TAB, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 MG TAB) | 2     |                          |
| <i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 mg tab er, er 50-200 mg tab er)</i>                                                                                                                                                                           | 2     | QL (360 PER 30 DAYS)     |
| <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)      |
| RYTARY 23.75-95 MG CAP ER                                                                                                                                                                                                                         | 3     | ST, QL (750 PER 30 DAYS) |
| RYTARY 36.25-145 MG CAP ER                                                                                                                                                                                                                        | 3     | ST, QL (480 PER 30 DAYS) |
| RYTARY 48.75-195 MG CAP ER                                                                                                                                                                                                                        | 3     | ST, QL (360 PER 30 DAYS) |
| RYTARY 61.25-245 MG CAP ER                                                                                                                                                                                                                        | 3     | ST, QL (300 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)     |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
| TRIHEXYPHENIDYL HCL 0.4 MG/ML SOLUTION                                                                                    | 2     |                          |
| <b>ANXIOLYTICS, SEDATIVES, AND HYPNOTICS</b>                                                                              |       |                          |
| <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)     |
| <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)      |
| BELSOMRA (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)                                                                      | 4     | ST, QL (30 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 (diazepam 2.5 mg gel, diazepam 10 mg gel, diazepam 20 mg gel)</i>                                             | 2     |                          |
| <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>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>                                                                         | 2     | QL (30 PER 30 DAYS)      |
| HETLIOZ LQ 4 MG/ML SUSPENSION                                                                                             | 5     | PA, QL (150 PER 30 DAYS) |
| <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     |                          |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>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)      |
| NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION                                       | 4            | QL (10 PER 30 OVER TIME)  |
| <i>ramelteon 8 mg tab</i>                                          | 2            | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>tasimelteon 20 mg cap</i>                                       | 5            | PA, 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)       |
| VALTOCO 10 MG DOSE /0.1ML LIQUID                                   | 4            | QL (10 PER 30 OVER TIME)  |
| VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 /0.1ML LIQD THPK                        | 4            | QL (10 PER 30 OVER TIME)  |
| VALTOCO 20 MG DOSE 0 X 10 /0.1ML LIQD THPK                         | 4            | QL (10 PER 30 OVER TIME)  |
| VALTOCO 5 MG DOSE /0.1ML LIQUID                                    | 4            | QL (10 PER 30 OVER TIME)  |
| <i>zaleplon (5 mg cap, 10 mg cap)</i>                              | 2            | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <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)       |

## **CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS**

|                                                                                                       |   |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------|
| <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) |
| <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>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 28 x 5 mg &amp; 21 x 10 mg tab</i>                                                   | 2 | QL (49 PER 28 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) |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------|
| QELBREE 100 MG CAP ER 24H                                                                                                                                             | 4     | ST, QL (30 PER 30 DAYS)           |
| QELBREE 150 MG CAP ER 24H                                                                                                                                             | 4     | ST, QL (60 PER 30 DAYS)           |
| QELBREE 200 MG CAP ER 24H                                                                                                                                             | 4     | ST, QL (90 PER 30 DAYS)           |
| RADICAVA ORS 105 MG/5ML<br>SUSPENSION                                                                                                                                 | 5     | PA, QL (70 PER 28 DAYS)           |
| RADICAVA ORS STARTER KIT 105<br>MG/5ML SUSPENSION                                                                                                                     | 5     | PA, QL (70 PER 28 DAYS)           |
| <i>riluzole 50 mg tab</i>                                                                                                                                             | 3     |                                   |
| SUNOSI (75 MG TAB, 150 MG TAB)                                                                                                                                        | 4     | ST, QL (30 PER 30 DAYS)           |
| <b>OPIATE ANTAGONISTS</b>                                                                                                                                             |       |                                   |
| KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID                                                                                                                                            | 3     | QL (2 PER 30 OVER TIME)           |
| <i>naloxone hcl (naloxone hcl 2 mg/2ml soln<br/>prsy, naloxone hcl 0.4 mg/ml soln cart,<br/>naloxone hcl 0.4 mg/ml solution, naloxone hcl 4<br/>mg/10ml solution)</i> | 2     |                                   |
| <i>naloxone hcl 0.4 mg/ml soln prsy</i>                                                                                                                               | 2     |                                   |
| <i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>                                                                                                                                       | 2     |                                   |
| <b>PSYCHOTHERAPEUTIC AGENTS</b>                                                                                                                                       |       |                                   |
| ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML<br>PRSYR                                                                                                                               | 5     | QL (2.4 PER 56 OVER TIME),<br>BVD |
| ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML<br>PRSYR                                                                                                                               | 5     | QL (3.2 PER 56 OVER TIME),<br>BVD |
| ABILIFY MAINTENA (300 MG<br>PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG<br>PRSYR, 400 MG SRER)                                                                                         | 5     | QL (2 PER 28 OVER TIME), BVD      |
| <i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg<br/>tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>                                                                     | 2     |                                   |
| <i>amoxapine (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab,<br/>150 mg tab)</i>                                                                                                   | 2     |                                   |
| ALENZIN (174 MG TAB ER 24H, 348<br>MG TAB ER 24H, 522 MG TAB ER<br>24H)                                                                                               | 4     | ST, QL (30 PER 30 DAYS)           |
| <i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>                                                                                                                  | 2     | 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>aripiprazole (2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i> | 2     |                                   |
| <i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>                                                 | 2     | QL (900 PER 30 DAYS)              |
| ARISTADA 1064 MG/3.9ML PRSYR                                                         | 5     | QL (3.9 PER 56 OVER TIME),<br>BVD |
| ARISTADA 441 MG/1.6ML PRSYR                                                          | 5     | QL (1.6 PER 28 OVER TIME),<br>BVD |
| ARISTADA 662 MG/2.4ML PRSYR                                                          | 5     | QL (2.4 PER 28 OVER TIME),<br>BVD |
| ARISTADA 882 MG/3.2ML PRSYR                                                          | 5     | QL (3.2 PER 28 OVER TIME),<br>BVD |
| ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR                                                   | 5     | QL (2.4 PER 28 OVER TIME),<br>BVD |
| <i>asenapine maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>                           | 3     | ST, QL (60 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 (smoking det) 150 mg tab 12h</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     |                                   |
| CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)                                          | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)           |
| <i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)</i>  | 2     |                                   |
| CHLORPROMAZINE HCL (30 MG/ML CONC, 100 MG/ML CONC)                                   | 3     |                                   |
| <i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                     | 1     |                                   |
| <i>citalopram hydrobromide (10 mg/5ml, 20 mg/10ml)</i>                               | 2     |                                   |
| CITALOPRAM HYDROBROMIDE 30 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>       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------|
| <i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>                                          | 3            | ST                              |
| <i>clozapine (100 mg tab, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp)</i>                                    | 3            | QL (180 PER 30 DAYS)            |
| <i>clozapine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                            | 3            | QL (90 PER 30 DAYS)             |
| <i>clozapine (clozapine 12.5 mg tab disp, clozapine 25 mg tab disp, clozapine 100 mg tab disp)</i> | 3            | QL (270 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            |                                 |
| <i>desipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>        | 2            |                                 |
| DESVENLAFAXINE ER (ER 50 MG TAB ER 24H, ER 100 MG TAB ER 24H)                                      | 2            |                                 |
| <i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er)</i>            | 2            |                                 |
| <i>doxepin hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)</i>            | 2            |                                 |
| <i>doxepin hcl 10 mg/ml conc</i>                                                                   | 2            |                                 |
| DRIZALMA SPRINKLE (20 MG CAP DR, 30 MG CAP DR, 40 MG CAP DR, 60 MG CAP DR)                         | 4            | ST, QL (60 PER 30 DAYS)         |
| <i>duloxetine hcl (20 mg dr, 30 mg dr, 60 mg dr)</i>                                               | 2            |                                 |
| <i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>                                                             | 2            | QL (60 PER 30 DAYS)             |
| EMSAM (6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR)                          | 5            | ST, QL (30 PER 30 DAYS)         |
| ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR                                                                   | 5            | QL (0.75 PER 28 OVER TIME), BVD |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                    | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------|
| ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR                                                                                                   | 5     | QL (1 PER 28 OVER TIME), BVD    |
| ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR                                                                                                | 5     | QL (1.5 PER 28 OVER TIME), BVD  |
| ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR                                                                                               | 5     | QL (2.25 PER 28 OVER TIME), BVD |
| ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR                                                                                                | 5     | QL (0.25 PER 28 OVER TIME), BVD |
| ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR                                                                                                 | 5     | QL (0.5 PER 28 OVER TIME), BVD  |
| <i>escitalopram oxalate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                                   | 1     |                                 |
| <i>escitalopram oxalate (5 mg/5ml, 10 mg/10ml)</i>                                                                             | 2     |                                 |
| 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)     |
| 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>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>                                                                                | 3     | BVD                             |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                              | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------|
| FLUPHENAZINE HCL<br>(FLUPHENAZINE HCL 1 MG TAB,<br>FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG TAB,<br>FLUPHENAZINE HCL 5 MG TAB,<br>FLUPHENAZINE HCL 10 MG TAB,<br>FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/5ML<br>ELIXIR, FLUPHENAZINE HCL 5<br>MG/ML CONC) | 3     |                                    |
| FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML<br>SOLUTION                                                                                                                                                                                   | 3     | BVD                                |
| <i>fluvoxamine maleate (25 mg tab, 50 mg tab,<br/>100 mg tab)</i>                                                                                                                                                        | 2     |                                    |
| <i>fluvoxamine maleate er (er 100 mg cap er, er<br/>150 mg cap er)</i>                                                                                                                                                   | 3     |                                    |
| <i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5<br/>mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                                                                                                  | 2     |                                    |
| <i>haloperidol decanoate (50 mg/ml, 100 mg/ml)</i>                                                                                                                                                                       | 2     | BVD                                |
| <i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>                                                                                                                                                                                  | 2     |                                    |
| <i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>                                                                                                                                                                              | 2     | BVD                                |
| <i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg<br/>tab)</i>                                                                                                                                                              | 2     |                                    |
| <i>imipramine pamoate (75 mg cap, 100 mg cap,<br/>125 mg cap, 150 mg cap)</i>                                                                                                                                            | 2     |                                    |
| INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML<br>SUSP PRSYR                                                                                                                                                                               | 5     | QL (3.5 PER 180 OVER TIME),<br>BVD |
| INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML<br>SUSP PRSYR                                                                                                                                                                                 | 5     | QL (5 PER 180 OVER TIME), BVD      |
| INVEGA SUSTENNA (78 MG/0.5ML<br>SUSP PRSYR, 117 MG/0.75ML SUSP<br>PRSYR, 156 MG/ML SUSP PRSYR,<br>234 MG/1.5ML SUSP PRSYR)                                                                                               | 5     | BVD                                |
| INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML<br>SUSP PRSYR                                                                                                                                                                               | 4     | BVD                                |
| INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML<br>SUSP PRSYR                                                                                                                                                                                | 5     | QL (0.88 PER 90 OVER TIME),<br>BVD |
| INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML<br>SUSP PRSYR                                                                                                                                                                                | 5     | QL (1.32 PER 90 OVER TIME),<br>BVD |

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

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

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

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

| <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 |
| INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML<br>SUSP PRSYR                                                                                                                                                                                                                       | 5            | QL (2.63 PER 90 OVER TIME),<br>BVD |
| <i>lithium 8 meq/5ml solution</i>                                                                                                                                                                                                                               | 2            |                                    |
| <i>lithium carbonate (lithium carbonate 150 mg<br/>cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium<br/>carbonate 300 mg tab, lithium carbonate 600<br/>mg cap, lithium carbonate 150 mg cap, lithium<br/>carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 600<br/>mg cap)</i> | 2            |                                    |
| <i>lithium carbonate er (er 300 mg tab er, er 450<br/>mg tab er)</i>                                                                                                                                                                                            | 2            |                                    |
| <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)            |
| MARPLAN 10 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                               | 4            |                                    |
| <i>mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp,<br/>45 mg tab disp)</i>                                                                                                                                                                                         | 2            | QL (30 PER 30 DAYS)                |
| <i>mirtazapine (7.5 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab,<br/>45 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                            | 2            |                                    |
| MOLINDONE HCL (5 MG TAB, 10 MG<br>TAB, 25 MG TAB)                                                                                                                                                                                                               | 2            | QL (270 PER 30 DAYS)               |
| NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, 100<br>MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB,<br>250 MG TAB)                                                                                                                                                                                | 3            |                                    |
| <i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml<br/>solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>                                                                                                                                                                   | 2            |                                    |
| 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)                |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>olanzapine 10 mg recon soln</i>                                                                   | 2     | BVD                          |
| <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     |                              |
| 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 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>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)          |
| <i>perphenazine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab)</i>                                        | 2     |                              |
| PERSERIS (90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR)                                                                 | 5     | QL (1 PER 30 OVER TIME), BVD |
| <i>phenelzine sulfate (phenelzine sulfate 15 mg tab, phenelzine sulfate 15 mg tab)</i>               | 2     |                              |
| PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB)                                                                        | 2     |                              |
| <i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>                                                                 | 3     |                              |
| <i>prochlorperazine maleate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                | 2     |                              |
| <i>protriptyline hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</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      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|
| <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     |                         |
| RALDESY 10 MG/ML SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                 | 4     | ST                      |
| REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)                                                                                                                                                                                 | 4     | PA, QL (30 PER 30 DAYS) |
| <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                     |
| <i>risperidone microspheres er (er 37.5 mg, er 50 mg)</i>                                                                                                                                                                                                 | 5     | BVD                     |
| SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)                                                                                                                                                                          | 5     | ST, QL (30 PER 30 DAYS) |
| <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>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>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</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>trazodone hcl (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i>              | 1            |                                 |
| <i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>              | 2            |                                 |
| <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)         |
| UZEDY 100 MG/0.28ML SUSP PRSYR                                                    | 5            | QL (0.28 PER 28 OVER TIME), BVD |
| UZEDY 125 MG/0.35ML SUSP PRSYR                                                    | 5            | QL (0.35 PER 28 OVER TIME), BVD |
| UZEDY 150 MG/0.42ML SUSP PRSYR                                                    | 5            | QL (0.42 PER 28 OVER TIME), BVD |
| UZEDY 200 MG/0.56ML SUSP PRSYR                                                    | 5            | QL (0.56 PER 28 OVER TIME), BVD |
| UZEDY 250 MG/0.7ML SUSP PRSYR                                                     | 5            | QL (0.7 PER 28 OVER TIME), BVD  |
| UZEDY 50 MG/0.14ML SUSP PRSYR                                                     | 5            | QL (0.14 PER 28 OVER TIME), BVD |
| UZEDY 75 MG/0.21ML SUSP PRSYR                                                     | 5            | QL (0.21 PER 28 OVER TIME), BVD |
| VENLAFAXINE BESYLATE ER 112.5 MG TAB 24H                                          | 4            | ST                              |
| <i>venlafaxine hcl (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i> | 2            |                                 |
| <i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap er, er 75 mg cap er, er 150 mg cap er)</i>  | 2            |                                 |
| VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION                                                     | 5            | PA, QL (600 PER 30 DAYS)        |
| <i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                           | 3            |                                 |
| VRAYLAR (1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)                              | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)         |
| <i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 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            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------|
| <i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>                                                          | 2     | BVD                           |
| ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP, 30 MG CAP)                                                            | 5     | PA, QL (28 PER 14 DAYS)       |
| <b>VESICULAR MONOAMINE TRANSPORTER 2 (VMAT2) INHIBITORS</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) |
| <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)      |

## ELECTROLYTIC, CALORIC, AND WATER BALANCE

### AMMONIA DETOXICANTS

|                                                                           |   |    |
|---------------------------------------------------------------------------|---|----|
| <i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>                                      | 5 | PA |
| <i>constulose 10 gm/15ml solution</i>                                     | 2 |    |
| <i>enulose 10 gm/15ml solution</i>                                        | 2 |    |
| <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 |    |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>sodium phenylbutyrate 3 gm/tsp powder</i>                     | 5     |                    |
| <b>CALORIC AGENTS</b>                                            |       |                    |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) % SOLUTION                          | 3     | HI                 |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) % SOLUTION                         | 3     | HI                 |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) % SOLUTION                          | 3     | HI                 |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) % SOLUTION                            | 3     | HI                 |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) (/20) % SOLUTION                      | 3     | HI                 |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) % SOLUTION                            | 3     |                    |
| CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) % SOLUTION                           | 3     | HI                 |
| CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) % SOLUTION                            | 3     | HI                 |
| CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) % SOLUTION                              | 3     | HI                 |
| CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) (/20) % SOLUTION                        | 3     | HI                 |
| CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) (/5) % SOLUTION                          | 3     |                    |
| CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) % SOLUTION                              | 3     |                    |
| <i>clinisol sf 15 % solution</i>                                 | 2     | HI                 |
| <i>dextrose (dextrose 10 % solution, dextrose 10 % solution)</i> | 2     | HI                 |
| <i>dextrose (dextrose 5 % solution, dextrose 5 % solution)</i>   | 2     | HI                 |
| ISOLYTE-P IN D5W INSOLUTION                                      | 3     | HI                 |
| NUTRILIPID 20 % EMULSION                                         | 3     | HI                 |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                    | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES |
|--------------------------------|-------|--------------------|
| <i>plenamine 15 % solution</i> | 2     | HI                 |
| PREMASOL 10 % SOLUTION         | 3     | HI                 |
| PROSOL 20 % SOLUTION           | 3     | HI                 |
| TRAVASOL 10 % SOLUTION         | 3     | HI                 |
| TROPHAMINE 10 % SOLUTION       | 3     | HI                 |

## DIURETICS

|                                                                                                                                               |   |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------|
| <i>amiloride hcl 5 mg tab</i>                                                                                                                 | 2 |                          |
| AMILORIDE-<br>HYDROCHLOROTHIAZIDE 5-50 MG<br>TAB                                                                                              | 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 |                          |
| DIURIL 250 MG/5ML SUSPENSION                                                                                                                  | 3 |                          |
| <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 |                          |
| FUROSEMIDE (FUROSEMIDE 10<br>MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 8<br>MG/ML SOLUTION)                                                                  | 2 |                          |
| <i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab,<br/>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>tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 &amp; 15 mg tab thpk,<br/>45 &amp; 15 mg tab thpk, 60 &amp; 30 mg tab thpk, 90 &amp;<br/>30 mg tab thpk)</i> | 5 | PA, QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>tolvaptan (15 mg tab, 30 mg tab)</i>                                                                                                       | 5 | QL (120 PER 30 DAYS)     |
| TOLVAPTAN 15 MG TAB                                                                                                                           | 5 | QL (30 PER 30 DAYS)      |
| <i>torsemide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab,<br/>100 mg tab)</i>                                                                             | 2 |                          |
| <i>triamterene (50 mg cap, 100 mg cap)</i>                                                                                                    | 3 | QL (90 PER 30 DAYS)      |
| <i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg<br/>tab, 75-50 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       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
| <b>ION-REMOVING AGENTS</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 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)  |
| VELTASSA 1 GM PACKET                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 4     | PA, QL (120 PER 30 DAYS) |
| <b>REPLACEMENT PREPARATIONS</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                       |
| ISOLYTE-S PH 7.4 SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3     | HI                       |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------|
| <i>kcl in dextrose-nacl (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 20-5-0.225 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 30-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.9 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)</i> | 2     | HI                 |
| KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2     | HI                 |
| <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     |                    |
| MULTIPLE ELECTRO TYPE 1 PH 5.5 SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3     | HI                 |
| <i>multiple electro type 1 ph 7.4 solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 3     |                    |
| PLASMA-LYTE 148 SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 3     | HI                 |
| PLASMA-LYTE A SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3     | HI                 |
| <i>potassium chloride (10 %, 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%))</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3     |                    |
| <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                 |
| <i>potassium chloride 2 meq/ml solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 3     | HI                 |
| <i>potassium chloride 20 meq packet</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>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                 |
| <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                 |
| <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%<br>20 MEQ/L SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2     | HI                 |
| <i>sodium chloride (0.45 %, 3 %, 5 %)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2     | HI                 |
| <i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2     | HI                 |
| SODIUM CHLORIDE 0.9 %<br>SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2     | BVD                |
| <i>sodium chloride 0.9 % solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2     | BVD, HI            |
| TPN ELECTROLYTES CONC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2     | HI                 |
| <b>URICOSURIC AGENTS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                    |
| <i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3     |                    |
| <i>probenecid 500 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3     |                    |

## ENZYMES

|                                                                                       |   |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------|
| PALYNZIQ (2.5 MG/0.5ML SOLN<br>PRSYR, 10 MG/0.5ML SOLN PRSYR,<br>20 MG/ML SOLN PRSYR) | 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           |
|-------------------------------|-------|------------------------------|
| REVCovi 2.4 MG/1.5ML SOLUTION | 5     | PA                           |
| SUCRAID 8500 UNIT/ML SOLUTION | 5     | PA, LA, QL (354 PER 30 DAYS) |

## EYE, EAR, NOSE, AND THROAT (EENT) PREPARATIONS

### ANTI-INFECTIVES

|                                                                                                         |   |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------|
| <i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>                                                           | 2 |                            |
| <i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>                                                       | 2 |                            |
| BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT                                                                         | 2 |                            |
| <i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i>                                                | 2 |                            |
| BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION                                                                              | 4 | QL (15 PER 30 OVER TIME)   |
| <i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>                                                          | 2 |                            |
| CILOXAN 0.3 % OINTMENT                                                                                  | 4 | QL (17.5 PER 30 OVER TIME) |
| CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION                                                                             | 3 |                            |
| <i>ciprofloxacin hcl 0.2 % solution</i>                                                                 | 3 | NM                         |
| <i>ciprofloxacin hcl 0.3 % solution</i>                                                                 | 3 |                            |
| <i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>                                                 | 3 |                            |
| <i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>                                                                    | 2 |                            |
| <i>gatifloxacin 0.5 % solution</i>                                                                      | 3 | 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 (3.5-400-10000, 5-400-10000)</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 |                            |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>neomycin-polymyxin-hc (neomycin-polymyxin-hc 1 % solution, neomycin-polymyxin-hc 3.5-10000-1 solution, neomycin-polymyxin-hc 3.5-10000-1 suspension, neomycin-polymyxin-hc 3.5-10000-1 suspension)</i> | 3     |                    |
| <i>ofloxacin 0.3 % solution</i>                                                                                                                                                                           | 2     |                    |
| <i>periogard 0.12 % solution</i>                                                                                                                                                                          | 2     |                    |
| <i>sulfacetamide sodium (sulfacetamide sodium 10 % ointment, 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     |                    |
| ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION                                                                                                                                                                                | 4     |                    |

## ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

|                                                                                        |   |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------|
| ARNUIY 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) |
| <i>atropine sulfate (atropine sulfate 1 % solution, atropine sulfate 1 % solution)</i> | 3 |                     |
| <i>bromfenac sodium (once-daily) 0.09 % solution</i>                                   | 3 |                     |
| <i>cyclosporine 0.05 % emulsion</i>                                                    | 3 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION                                          | 3 |                     |
| <i>diclofenac sodium 0.1 % 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       |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
| FLAREX 0.1 % SUSPENSION                                                       | 4     |                          |
| <i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>                               | 3     | QL (50 PER 30 OVER TIME) |
| <i>fluocinolone acetate 0.01 % oil</i>                                        | 3     |                          |
| <i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>                                       | 3     |                          |
| FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION                                           | 3     |                          |
| <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)      |
| FLUTICASONE PROPIONATE DISKUS 250 MCG/ACT AER POW BA                          | 3     | QL (240 PER 30 DAYS)     |
| FLUTICASONE PROPIONATE HFA 110 MCG/ACT AEROSOL                                | 3     | QL (12 PER 30 DAYS)      |
| FLUTICASONE PROPIONATE HFA 220 MCG/ACT AEROSOL                                | 3     | QL (24 PER 30 DAYS)      |
| FLUTICASONE PROPIONATE HFA 44 MCG/ACT AEROSOL                                 | 3     | QL (10.6 PER 30 DAYS)    |
| FML FORTE 0.25 % SUSPENSION                                                   | 4     |                          |
| <i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>                              | 3     |                          |
| ILEVRO 0.3 % SUSPENSION                                                       | 4     | QL (15 PER 30 OVER TIME) |
| <i>ketorolac tromethamine (0.4 %, 0.5 %)</i>                                  | 2     |                          |
| <i>kourzeq 0.1 % paste</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>mometasone furoate 50 mcg/act suspension</i>                               | 3     | QL (34 PER 30 OVER TIME) |
| <i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>                                    | 3     | 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             |
|--------------------------------------------------------|-------|--------------------------------|
| PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION             | 2     |                                |
| <i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>             | 2     |                                |
| TYRVAYA 0.03 MG/ACT SOLUTION                           | 3     | QL (8.4 PER 30 OVER TIME)      |
| XHANCE 93 MCG/ACT EXHU                                 | 4     | PA                             |
| XIIDRA 5 % SOLUTION                                    | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)            |
| <b>ANTIALLERGIC AGENTS</b>                             |       |                                |
| <i>azelastine hcl (0.1 %, 137 mcg/spray)</i>           | 2     | QL (60 PER 30 DAYS)            |
| <i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>                  | 3     |                                |
| <i>bepotastine besilate 1.5 % solution</i>             | 3     | QL (15 PER 30 OVER TIME)       |
| <i>olopatadine hcl 0.6 % solution</i>                  | 3     | ST, QL (30.5 PER 30 OVER TIME) |
| <b>ANTIGLAUCOMA AGENTS</b>                             |       |                                |
| ALPHAGAN P ALHAGAN 0.1 % SOLUTION                      | 3     | QL (15 PER 30 OVER TIME)       |
| BETAXOLOL HCL 0.5 % SOLUTION                           | 2     |                                |
| BETOPTIC-S 0.25 % SUSPENSION                           | 4     |                                |
| <i>bimatoprost 0.03 % solution</i>                     | 3     | QL (7.5 PER 30 OVER TIME)      |
| <i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>             | 2     |                                |
| <i>brinzolamide 1 % suspension</i>                     | 3     | QL (15 PER 30 OVER TIME)       |
| COMBIGAN 0.2-0.5 % SOLUTION                            | 3     | QL (10 PER 30 OVER TIME)       |
| <i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>                    | 2     |                                |
| <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     |                                |
| <i>latanoprost 0.005 % solution</i>                    | 2     |                                |
| LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION                         | 2     |                                |
| LUMIGAN 0.01 % SOLUTION                                | 3     | QL (5 PER 30 OVER TIME)        |
| <i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</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>pilocarpine hcl (1 %, 2 %, 4 %)</i>                   | 3     |                             |
| RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION                                | 4     | ST, QL (60 PER 30 DAYS)     |
| ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION                          | 4     | ST, QL (5 PER 30 OVER TIME) |
| SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION                             | 3     | QL (16 PER 30 OVER TIME)    |
| <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     |                             |
| VYZULTA 0.024 % SOLUTION                                 | 4     | ST                          |

## EENT DRUGS, MISCELLANEOUS

|                                             |   |  |
|---------------------------------------------|---|--|
| <i>acetic acid 2 % solution</i>             | 2 |  |
| APRACLONIDINE HCL 0.5 % SOLUTION            | 2 |  |
| IOPIDINE 1 % SOLUTION                       | 4 |  |
| <i>ipratropium bromide (0.03 %, 0.06 %)</i> | 2 |  |

## GASTROINTESTINAL DRUGS

### ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

|                                             |   |                         |
|---------------------------------------------|---|-------------------------|
| <i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i> | 4 | QL (60 PER 30 DAYS)     |
| <i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>      | 3 |                         |
| <i>budesonide er 9 mg tab 24h</i>           | 5 | ST, QL (30 PER 30 DAYS) |
| 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 |                         |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>ANTIDIARRHEA AGENTS</b>                                         |       |                              |
| <i>loperamide hcl 2 mg cap</i>                                     | 3     |                              |
| XERMELO 250 MG TAB                                                 | 5     | PA, QL (90 PER 30 DAYS)      |
| <b>ANTIEMETICS</b>                                                 |       |                              |
| <i>aprepitant 125 mg cap</i>                                       | 3     | QL (3 PER 30 OVER TIME), BVD |
| <i>aprepitant 40 mg cap</i>                                        | 3     | QL (1 PER 30 OVER TIME), BVD |
| <i>aprepitant 80 &amp; 125 mg cap</i>                              | 3     | QL (9 PER 30 OVER TIME), BVD |
| <i>aprepitant 80 mg cap</i>                                        | 3     | QL (6 PER 30 OVER TIME), BVD |
| <i>dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>                | 3     | PA, QL (60 PER 30 DAYS)      |
| <i>granisetron hcl 1 mg tab</i>                                    | 3     | BVD                          |
| <i>ondansetron (4 mg tab disp, 8 mg tab disp)</i>                  | 2     | QL (240 PER 30 DAYS), BVD    |
| <i>ondansetron hcl (4 mg tab, 8 mg tab)</i>                        | 2     | QL (240 PER 30 DAYS), BVD    |
| <i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>                           | 2     | BVD                          |
| VARUBI (180 MG DOSE) 2 X 90 TAB<br>THPK                            | 4     | QL (4 PER 28 OVER TIME), BVD |
| <b>ANTIULCER AGENTS AND ACID SUPPRESSANTS</b>                      |       |                              |
| <i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i> | 2     |                              |
| <i>esomeprazole magnesium (20 mg cap dr, 40 mg cap dr)</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     |                              |
| <i>lansoprazole (15 mg cap dr, 30 mg cap dr)</i>                   | 2     |                              |
| <i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>                      | 2     |                              |
| NIZATIDINE (NIZATIDINE 150 MG CAP, NIZATIDINE 300 MG CAP)          | 2     |                              |
| <i>omeprazole (10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr)</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>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) |
| <i>sucralfate 1 gm tab</i>                              | 2     |                     |
| <i>sucralfate 1 gm/10ml suspension</i>                  | 3     |                     |

## CATHARTICS AND LAXATIVES

|                                                                     |   |  |
|---------------------------------------------------------------------|---|--|
| CLENPIQ 10-3.5-12 MG-GM - GM/175ML SOLUTION                         | 3 |  |
| 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 |  |
| <i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i> | 3 |  |
| <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 |  |
| SUFLAVE 178.7 GM RECON SOLN                                         | 3 |  |
| SUPREP BOWEL PREP KIT SU17.5-3.13-1.6 GM/177ML SOLUTION             | 3 |  |
| SUTAB SU1479-225-188 MG                                             | 3 |  |

## CHOLELITHOLYTIC AGENTS

|                                                      |   |  |
|------------------------------------------------------|---|--|
| CHENODAL 250 MG TAB                                  | 5 |  |
| <i>ursodiol (250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab)</i> | 3 |  |

## DIGESTANTS

|                                                                                                                              |   |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| CREON (3000-9500 CP DR PART, 6000-19000 CP DR PART, 12000-38000 CP DR PART, 24000-76000 CP DR PART, 36000-114000 CP DR PART) | 3 |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------|
| GATTEX 5 MG KIT                                                                                                                                                                                         | 5     | PA                 |
| ZENPEP (3000-10000 CP DR PART, 5000-24000 CP DR PART, 10000-32000 CP DR PART, 15000-47000 CP DR PART, 20000-63000 CP DR PART, 25000-79000 CP DR PART, 40000-126000 CP DR PART, 60000-189600 CP DR PART) | 3     |                    |

## GI DRUGS, MISCELLANEOUS

|                                                |   |                              |
|------------------------------------------------|---|------------------------------|
| CHOLBAM (50 MG CAP, 250 MG CAP)                | 5 | PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS) |
| LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP) | 3 | QL (30 PER 30 DAYS)          |
| <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)          |
| REZDIFFRA (60 MG TAB, 80 MG TAB, 100 MG TAB)   | 5 | PA, QL (30 PER 30 DAYS)      |
| SYMPROIC 0.2 MG TAB                            | 3 | QL (30 PER 30 DAYS)          |

## PROKINETIC AGENTS

|                                                    |   |                         |
|----------------------------------------------------|---|-------------------------|
| <i>metoclopramide hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>    | 2 |                         |
| <i>metoclopramide hcl (5 mg/5ml, 10 mg/10ml)</i>   | 3 |                         |
| METOCLOPRAMIDE HCL 5 MG TAB DISP                   | 4 |                         |
| <i>prucalopride succinate (1 mg tab, 2 mg tab)</i> | 4 | ST, QL (30 PER 30 DAYS) |

## HEAVY METAL ANTAGONISTS

|                                                                 |   |                          |
|-----------------------------------------------------------------|---|--------------------------|
| 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) |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>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     |                          |
| TRIENTINE HCL (TRIENTINE HCL 250 MG CAP, TRIENTINE HCL 500 MG CAP)       | 5     | PA                       |

## HORMONES AND SYNTHETIC SUBSTITUTES

### ADRENALS

|                                                                                                    |   |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------|
| ASMANEX (120 METERED DOSES)<br>220 MCG/ACT AER POW BA                                              | 3 | QL (1 PER 30 DAYS)        |
| ASMANEX (30 METERED DOSES)<br>(110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)                     | 3 | QL (1 PER 30 DAYS)        |
| ASMANEX (60 METERED DOSES)<br>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 |
| <i>budesonide 3 mg cp dr part</i>                                                                  | 3 |                           |
| <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 |                           |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>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     |                              |
| INTRAROSA 6.5 MG INSERT                                                                                                                                                                                                                                 | 4     | QL (30 PER 30 DAYS)          |
| <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     |                              |
| <i>prednisolone sodium phosphate (prednisolone sodium phosphate 6.7 (5 base) mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 10 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution)</i> | 3     |                              |
| <i>prednisolone sodium phosphate 20 mg/5ml solution</i>                                                                                                                                                                                                 | 3     |                              |
| <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) |
| <b>ANDROGENS</b>                                                                                                                                                                                                                                        |       |                              |
| <i>danazol (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>                                                                                                                                                                                                      | 4     |                              |
| <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     | 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     | 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>testosterone cypionate (100 mg/ml, 200 mg/ml)</i>                               | 3     | BVD                           |
| TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION                                          | 3     | QL (10 PER 28 OVER TIME), BVD |
| <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)           |
| DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL (5 MG TAB, 10 MG TAB)                                    | 3     | QL (30 PER 30 DAYS)           |
| FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)                                                      | 3     | QL (30 PER 30 DAYS)           |
| FIASP 100 UNIT/ML SOLUTION                                                         | 3     | \$35 (\$35/30)                |
| FIASP FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN                                               | 3     | \$35 (\$35/30)                |
| FIASP PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART                                                | 3     | \$35 (\$35/30)                |
| <i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>                                  | 1     |                               |
| <i>glipizide (glipizide 2.5 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)           |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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)            |
| HUMALOG JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN                   | 3            | \$35 (\$35/30)            |
| HUMALOG KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN                          | 3            | \$35 (\$35/30)            |
| HUMALOG KWIKPEN KWIK200 UNIT/ML SOLN                          | 3            | \$35 (\$35/30)            |
| HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 UNIT/ML SUSPENSION              | 3            | \$35 (\$35/30)            |
| HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN KWIK(50-50) 100 UNIT/ML SUSP        | 3            | \$35 (\$35/30)            |
| HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION              | 3            | \$35 (\$35/30)            |
| HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN KWIK(75-25) 100 UNIT/ML SUSP        | 3            | \$35 (\$35/30)            |
| HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) (CONCENTATED) UNIT/ML SOLUTION | 3            | \$35 (\$35/30)            |
| HUMULIN R U-500 KWIKPEN KWIKUNIT/ML SOLN                      | 3            | \$35 (\$35/30)            |
| INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 /ML SOLN PEN                 | 3            | \$35 (\$35/30)            |
| INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION                           | 3            | \$35 (\$35/30)            |
| INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN            | 3            | \$35 (\$35/30)            |
| INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN     | 3            | \$35 (\$35/30)            |
| JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)                       | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| JANUMET XR (50-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H)      | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| JANUMET XR 100-1000 MG TAB ER 24H                             | 3            | 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>            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------|
| JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)                                                                                                                   | 3            | QL (30 PER 30 DAYS)                  |
| JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)                                                                                                                             | 3            | QL (30 PER 30 DAYS)                  |
| JENTADUETO 2.5-1000 MG TAB                                                                                                                                   | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)                  |
| JENTADUETO 2.5-500 MG TAB                                                                                                                                    | 3            | QL (120 PER 30 DAYS)                 |
| JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H                                                                                                                         | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)                  |
| JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H                                                                                                                           | 3            | QL (30 PER 30 DAYS)                  |
| LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION                                                                                                                                  | 3            | QL (120 PER 30 DAYS), \$35 (\$35/30) |
| LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN                                                                                                                         | 3            | QL (120 PER 30 DAYS), \$35 (\$35/30) |
| <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            |                                      |
| <i>mifepristone 300 mg tab</i>                                                                                                                               | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)             |
| MIGLITOL (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)                                                                                                                  | 2            |                                      |
| MOUNJARO (2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ) | 3            | PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)          |
| <i>nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)</i>                                                                                                                   | 1            |                                      |
| NOVOLOG 100 UNIT/ML SOLUTION                                                                                                                                 | 3            | \$35 (\$35/30)                       |
| NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION FLEX(70-30) 100 UNIT/ML SUSP                                                                                                    | 3            | \$35 (\$35/30)                       |
| NOVOLOG FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN                                                                                                                         | 3            | \$35 (\$35/30)                       |
| NOVOLOG FLEXPEN RELION 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.

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------|
| NOVOLOG MIX 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION                                  | 3            | \$35 (\$35/30)                               |
| NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN FLEX(70-30) 100 UNIT/ML SUSP                            | 3            | \$35 (\$35/30)                               |
| NOVOLOG MIX 70/30 RELION (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION                           | 3            | \$35 (\$35/30)                               |
| NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART                                             | 3            | \$35 (\$35/30)                               |
| NOVOLOG RELION 100 UNIT/ML SOLUTION                                               | 3            | \$35 (\$35/30)                               |
| <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)                          |
| <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            | ST, QL (18 PER 30 OVER TIME), \$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>           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| STEGLATRO (5 MG TAB, 15 MG TAB)                                                                                       | 4            | ST, QL (30 PER 30 DAYS)             |
| SYMLINPEN 120 SYMLIN2700 MCG/2.7ML SOLN                                                                               | 5            | ST, QL (10.8 PER 30 OVER TIME)      |
| SYMLINPEN 60 SYMLIN1500 MCG/1.5ML SOLN                                                                                | 5            | ST, QL (10.8 PER 30 OVER TIME)      |
| SYNJARDY (5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)                                             | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)                 |
| SYNJARDY XR (5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H)                                    | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)                 |
| SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H                                                                                     | 3            | QL (30 PER 30 DAYS)                 |
| TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN                                                                              | 3            | QL (30 PER 30 DAYS), \$35 (\$35/30) |
| TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN                                                                                  | 3            | QL (45 PER 30 DAYS), \$35 (\$35/30) |
| TRADJENTA 5 MG TAB                                                                                                    | 3            | QL (30 PER 30 DAYS)                 |
| TRIJARDY XR (5-2.5-1000 MG TAB ER 24H, 10-5-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-2.5-1000 MG TAB ER 24H, 25-5-1000 MG TAB ER 24H) | 3            |                                     |
| TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)         | 3            | PA, QL (4 PER 28 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)                 |

## **ANTIHYPOGLYCEMIC AGENTS**

|                                   |   |  |
|-----------------------------------|---|--|
| BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER | 3 |  |
| BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER | 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>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>                                                               | 5            |                           |
| <i>glucagon emergency (glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg recon soln)</i> | 3            |                           |
| <b>CONTRACEPTIVES</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            |                           |
| <i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>                                                            | 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>camila 0.35 mg tab</i>                                                                          | 2            |                           |
| <i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>                                                               | 2            |                           |
| <i>desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>                                  | 2            |                           |
| <i>dolishale 90-20 mcg tab</i>                                                                     | 2            |                           |
| <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)   |
| <i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr</i>                                                               | 3            | QL (1 PER 28 OVER TIME)   |
| <i>errin 0.35 mg tab</i>                                                                           | 2            |                           |
| <i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>                                                                | 2            |                           |
| <i>estradiol-norethindrone acet (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)</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>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)   |
| <i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                           | 2            |                           |
| <i>feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                               | 2            |                           |
| <i>fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>                            | 3            |                           |
| <i>gallifrey 5 mg tab</i>                                        | 2            |                           |
| <i>hailey 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>                            | 2            |                           |
| <i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>                          | 3            | QL (1 PER 28 OVER TIME)   |
| <i>heather 0.35 mg 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)       |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>levonorgestrel-ethinyl estrad 90-20 mcg tab</i>              | 2            |                               |
| <i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>                   | 2            |                               |
| <b>LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD</b>                         | 3            | QL (1 PER 365 OVER TIME), BVD |
| <b>LO LOESTRIN FE ESTRIN 1 MG-10 MCG / 10 MCG TAB</b>           | 4            |                               |
| <i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>                   | 4            |                               |
| <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>lutra 0.1-20 mg-mcg tab</i>                                  | 2            |                               |
| <i>lyleq 0.35 mg tab</i>                                        | 2            |                               |
| <i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>                              | 2            |                               |
| <i>meleya 0.35 mg 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            |                               |
| <i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>                      | 2            |                               |
| <b>NEXPLANON 68 MG IMPLANT</b>                                  | 3            | QL (1 PER 365 OVER TIME)      |
| <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 0.35 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>norethindrone acet-ethinyl est 1-20 mg-mcg tab</i>                                                | 2            |                           |
| <i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>                                                                | 2            |                           |
| <i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>                                            | 3            |                           |
| <i>norgestim-eth estrad triphasic (0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab)</i> | 2            |                           |
| <i>norgestimate-eth estradiol 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            |                           |
| <i>orquidea 0.35 mg tab</i>                                                                          | 2            |                           |
| <i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                                  | 2            |                           |
| <i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                                  | 2            |                           |
| <b>SAFYRAL 3-0.03-0.451 MG TAB</b>                                                                   | 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>valtya 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>        | 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>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>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>    | 2     |                         |
| <i>zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab</i>   | 2     |                         |

## ESTROGENS AND ESTROGEN AGONISTS-ANTAGONISTS

|                                                                                                                                                                                                                                      |   |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------|
| <i>anastrozole 1 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                          | 2 | QL (30 PER 30 DAYS)         |
| DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL                                                                                                                                                                                                           | 4 |                             |
| <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 |                             |
| DUAVEE 0.45-20 MG TAB                                                                                                                                                                                                                | 3 | QL (30 PER 30 DAYS)         |
| <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)</i> | 3 |                             |
| <i>estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                    | 3 | QL (450 PER 30 DAYS)        |
| <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>exemestane 25 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                          | 3 | QL (60 PER 30 DAYS)         |
| FEMRING (0.05 MG/24HR RING, 0.1 MG/24HR RING)                                                                                                                                                                                        | 4 | ST, QL (1 PER 90 OVER TIME) |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|
| IMVEXXY MAINTENANCE PACK<br>(PACK 4 MCG INSERT, PACK 10<br>MCG INSERT)                                                | 4     | ST, QL (30 PER 30 DAYS) |
| IMVEXXY STARTER PACK (PACK 4<br>MCG INSERT, PACK 10 MCG<br>INSERT)                                                    | 4     | ST, QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>letrozole 2.5 mg tab</i>                                                                                           | 2     | QL (30 PER 30 DAYS)     |
| <i>lyllana (0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr<br/>patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr<br/>patch tw)</i> | 3     |                         |
| <i>lyllana 0.025 mg/24hr patch tw</i>                                                                                 | 3     |                         |
| ORIAHNN 300-1-0.5 & 300 MG CAP<br>THPK                                                                                | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS) |
| OSPHENA 60 MG TAB                                                                                                     | 4     | QL (30 PER 30 DAYS)     |
| PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG<br>TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB,<br>1.25 MG TAB)                                       | 3     | QL (30 PER 30 DAYS)     |
| PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM                                                                                            | 3     | ST, QL (60 PER 30 DAYS) |
| PREMPHASE 0.625-5 MG TAB                                                                                              | 3     |                         |
| PREMPRO (0.3-1.5 MG TAB, 0.45-1.5<br>MG TAB, 0.625-2.5 MG TAB, 0.625-5<br>MG TAB)                                     | 3     |                         |
| <i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>                                                                                       | 2     | QL (30 PER 30 DAYS)     |
| SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION                                                                                           | 4     |                         |
| <i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                                       | 2     |                         |
| <i>toremifene citrate 60 mg tab</i>                                                                                   | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>yuvafer 10 mcg tab</i>                                                                                             | 3     | QL (30 PER 30 DAYS)     |

## GONADOTROPINS AND ANTIGONADOTROPINS

|                                                 |   |     |
|-------------------------------------------------|---|-----|
| ELIGARD (7.5 MG KIT, 22.5 MG KIT,<br>30 MG KIT) | 4 | BVD |
| FIRMAGON (240 MG DOSE) 120<br>/VIAL RECON SOLN  | 5 | BVD |
| FIRMAGON 80 MG RECON SOLN                       | 4 | BVD |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                          | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|
| LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH)<br>22.5 MG INJECTABLE                                   | 4     | BVD                     |
| <i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>                                             | 4     |                         |
| LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75<br>MG KIT, 7.5 MG KIT)                                  | 5     | BVD                     |
| LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25<br>MG KIT, 22.5 MG KIT)                                | 5     | BVD                     |
| LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG<br>KIT                                                  | 5     | BVD                     |
| LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG<br>KIT                                                  | 5     | BVD                     |
| LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)<br>7.5 MG KIT                                             | 5     | BVD                     |
| LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)<br>11.25 MG (PED) KIT                                     | 5     | BVD                     |
| MYFEMBREE 40-1-0.5 MG TAB                                                            | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS) |
| ORGOVYX 120 MG TAB                                                                   | 5     | PA, QL (32 PER 30 DAYS) |
| ORILISSA 150 MG TAB                                                                  | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS) |
| ORILISSA 200 MG TAB                                                                  | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS) |
| SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION                                                             | 4     | PA                      |
| TRELSTAR MIXJECT (3.75 MG<br>RECON SUSP, 11.25 MG RECON<br>SUSP, 22.5 MG RECON SUSP) | 4     | BVD                     |

## PARATHYROID AND ANTIPARATHYROID AGENTS

|                                                                 |   |                               |
|-----------------------------------------------------------------|---|-------------------------------|
| <i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>                | 2 | ESRD                          |
| <i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg<br/>tab)</i>     | 4 | QL (120 PER 30 DAYS), ESRD    |
| YORVIPATH (168 MCG/0.56ML SOLN<br>PEN, 294 MCG/0.98ML SOLN PEN) | 5 | PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)   |
| YORVIPATH 420 MCG/1.4ML SOLN<br>PEN                             | 5 | PA, QL (2.8 PER 28 OVER TIME) |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                    | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
| <b>PITUITARY</b>                                                                                                                               |       |                          |
| <i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>                                                                                           | 3     | QL (15 PER 30 OVER TIME) |
| <i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>                                                                                           | 3     | QL (180 PER 30 DAYS)     |
| 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                       |
| GENOTROPIN MINIQUEL 0.2 MG PRSYR                                                                                                               | 4     | PA                       |
| OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLN                                                                                                                    | 5     | PA                       |
| <b>PROGESTINS</b>                                                                                                                              |       |                          |
| CRINONE 4 % GEL                                                                                                                                | 4     | PA                       |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR                                                                                                     | 3     | QL (1 PER 90 OVER TIME)  |
| <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     |                          |
| <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     |                          |
| <i>megestrol acetate (megestrol acetate 625 mg/5ml suspension, megestrol acetate 625 mg/5ml suspension)</i>                                    | 4     |                          |
| <i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i>                                                                                                   | 3     |                          |
| <b>SOMATOSTATIN AGONISTS AND ANTAGONISTS</b>                                                                                                   |       |                          |
| <i>octreotide acetate (50 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml)</i>                                                                                  | 4     | PA                       |
| <i>octreotide acetate (500 mcg/ml, 1000 mcg/ml)</i>                                                                                            | 5     | PA                       |
| SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)                                                                          | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS)  |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                          | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|
| <b>SOMATOTROPIN AGONISTS AND ANTAGONISTS</b>                                                                                                                                         |       |                         |
| GENOTROPIN (5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE)                                                                                                                                         | 5     | PA                      |
| INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION                                                                                                                                                          | 5     | PA                      |
| OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 10 MG/1.5ML SOLN CART)                                                                                                                              | 5     | PA                      |
| SOMAVERT (15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN)                                                                                                                                        | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS) |
| SOMAVERT (25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)                                                                                                                                        | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS) |
| SOMAVERT 10 MG RECON SOLN                                                                                                                                                            | 5     | PA, QL (90 PER 30 DAYS) |
| <b>THYROID AND ANTITHYROID AGENTS</b>                                                                                                                                                |       |                         |
| <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     |                         |
| <i>methimazole (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                                                                                                             | 1     |                         |
| <i>propylthiouracil 50 mg 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     |                    |

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

### 5-ALPHA-REDUCTASE INHIBITORS

|                               |   |                     |
|-------------------------------|---|---------------------|
| <i>dutasteride 0.5 mg cap</i> | 2 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>finasteride 5 mg tab</i>   | 1 | QL (30 PER 30 DAYS) |

### ALCOHOL DETERRENTS

|                                            |   |                      |
|--------------------------------------------|---|----------------------|
| <i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>   | 3 | QL (180 PER 30 DAYS) |
| <i>disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)</i> | 3 |                      |

### ANTIDOTES

|                                                                       |   |     |
|-----------------------------------------------------------------------|---|-----|
| <i>acetylcysteine 10 % solution</i>                                   | 2 | BVD |
| <i>acetylcysteine 20 % solution</i>                                   | 2 | BVD |
| <i>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)</i> | 3 |     |

### 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>febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)</i>    | 2 | QL (30 PER 30 DAYS)  |

### BONE ANABOLIC AGENTS

|                                  |   |                               |
|----------------------------------|---|-------------------------------|
| EVENITY 105 MG/1.17ML SOLN PRSYR | 5 | PA, QL (2.4 PER 30 OVER TIME) |
|----------------------------------|---|-------------------------------|

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                      | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------|
| <i>teriparatide (teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen, teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen)</i> | 5     | PA                             |
| TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN                                                                  | 5     | PA, QL (1.56 PER 30 OVER TIME) |
| <b>BONE RESORPTION INHIBITORS</b>                                                                |       |                                |
| <i>alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)</i>                                                 | 1     |                                |
| <i>alendronate sodium 10 mg tab</i>                                                              | 1     |                                |
| <i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>                                                             | 2     | QL (1 PER 28 OVER TIME)        |
| JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR                                                                     | 4     | BVD                            |
| <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)            |
| WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION                                                                      | 5     | BVD                            |
| <b>CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS</b>                                                             |       |                                |
| <i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>                                                    | 2     |                                |
| <i>acetazolamide er 500 mg cap 12h</i>                                                           | 2     |                                |
| KEVEYIS 50 MG TAB                                                                                | 5     | PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)   |
| <b>COMPLEMENT INHIBITORS</b>                                                                     |       |                                |
| HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN)                                                      | 5     | PA, QL (16 PER 28 OVER TIME)   |
| <i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr</i>                                                    | 5     | PA, QL (18 PER 30 OVER TIME)   |
| ORLADEYO (110 MG CAP, 150 MG CAP)                                                                | 5     | PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)    |
| TAVNEOS 10 MG CAP                                                                                | 5     | PA, LA, QL (180 PER 30 DAYS)   |
| <b>DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUGS</b>                                                     |       |                                |
| AMJEVITA (40 MG/0.4ML SOLN A-INJ, 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR)                                        | 5     | PA, QL (3.2 PER 28 OVER TIME)  |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                        | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES             |
|--------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------|
| 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)  |
| ENBREL (25 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MG/0.5ML SOLUTION)              | 5     | PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)    |
| ENBREL 50 MG/ML SOLN PRSYR                                         | 5     | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)    |
| ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART                                     | 5     | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)    |
| ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ                               | 5     | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)    |
| ENTYVIO PEN 108 MG/0.68ML SOLN A-INJ                               | 5     | PA, QL (1.36 PER 28 OVER TIME) |
| HADLIMA (40 MG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR)           | 5     | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)    |
| HADLIMA PUSHTOUCH (40 MG/0.4ML SOLN A-INJ, 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ) | 5     | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)    |
| <i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                          | 3     |                                |
| PYZCHIVA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)            | 4     | PA, QL (2 PER 84 OVER TIME)    |
| PYZCHIVA 90 MG/ML SOLN PRSYR                                       | 5     | PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)    |
| RIDAURA 3 MG CAP                                                   | 5     |                                |
| SELARSDI 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR                                    | 4     | PA, QL (2 PER 84 OVER TIME)    |
| SELARSDI 90 MG/ML SOLN PRSYR                                       | 5     | PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)    |
| STELARA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)             | 5     | PA, QL (2 PER 84 OVER TIME)    |
| STELARA 90 MG/ML SOLN PRSYR                                        | 5     | PA, QL (3 PER 84 OVER TIME)    |
| TALTZ (80 MG/ML SOLN A-INJ, 80 MG/ML SOLN PRSYR)                   | 5     | PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)    |
| 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)    |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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          |
|-------------------------------------------------|-------|-----------------------------|
| USTEKINUMAB 90 MG/ML SOLN PRSYR                 | 5     | PA, QL (3 PER 84 OVER TIME) |
| XELJANZ (5 MG TAB, 10 MG TAB)                   | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS)     |
| XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION                        | 5     | PA, QL (300 PER 30 DAYS)    |
| XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H) | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)     |

## IMMUNOMODULATORY AGENTS

|                                                                  |   |                             |
|------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------|
| ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION                                 | 5 | PA                          |
| BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR                                    | 5 | PA, QL (2 PER 28 OVER TIME) |
| <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)         |
| THALOMID 100 MG CAP                                              | 5 | QL (120 PER 30 DAYS)        |
| THALOMID 50 MG CAP                                               | 5 | QL (240 PER 30 DAYS)        |

## IMMUNOSUPPRESSIVE AGENTS

|                                                                   |   |         |
|-------------------------------------------------------------------|---|---------|
| ASTAGRAF XL (0.5 MG CAP ER 24H, 1 MG CAP ER 24H, 5 MG CAP ER 24H) | 4 | ST, BVD |
| <i>azathioprine (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>            | 2 | BVD     |
| BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)             | 5 | PA      |
| <i>cyclosporine (25 mg cap, 100 mg cap)</i>                       | 2 | BVD     |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                          | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b>   |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|
| <i>cyclosporine modified (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>    | 3            | BVD                         |
| <i>cyclosporine modified 50 mg cap</i>                                      | 3            | BVD                         |
| ENSPRYNG 120 MG/ML SOLN PRSYR                                               | 5            | PA, QL (5 PER 84 OVER TIME) |
| ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)          | 4            | ST, BVD                     |
| <i>gengraf (25 mg cap, 100 mg cap)</i>                                      | 3            | BVD                         |
| 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                         |
| <i>mycophenolate sodium 180 mg tab dr</i>                                   | 3            | QL (240 PER 30 DAYS), BVD   |
| <i>mycophenolate sodium 360 mg tab dr</i>                                   | 3            | QL (120 PER 30 DAYS), BVD   |
| <i>mycophenolic acid 180 mg tab dr</i>                                      | 3            | QL (240 PER 30 DAYS), BVD   |
| <i>mycophenolic acid 360 mg tab dr</i>                                      | 3            | QL (120 PER 30 DAYS), BVD   |
| PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)                                        | 4            | BVD                         |
| REZUROCK 200 MG TAB                                                         | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)     |
| <i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>                           | 4            | BVD                         |
| <i>sirolimus 1 mg/ml solution</i>                                           | 4            | BVD                         |
| <i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>                          | 2            | BVD                         |

## **OTHER MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS**

|                                       |   |                          |
|---------------------------------------|---|--------------------------|
| AQNEURSA 1 GM PACKET                  | 5 | PA, QL (120 PER 30 DAYS) |
| ARCALYST 220 MG RECON SOLN            | 5 | PA                       |
| <i>betaine powder</i>                 | 5 |                          |
| CYSTAGON (50 MG CAP, 150 MG CAP)      | 4 | PA                       |
| <i>dalfampridine er 10 mg tab 12h</i> | 3 | QL (60 PER 30 DAYS)      |
| FILSPARI (200 MG TAB, 400 MG TAB)     | 5 | 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           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------|
| FIRDAPSE 10 MG TAB                                                                                        | 5     | PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS) |
| ISTURISA 1 MG TAB                                                                                         | 5     | PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS) |
| ISTURISA 5 MG TAB                                                                                         | 5     | PA, LA, QL (360 PER 30 DAYS) |
| <i>l-glutamine 5 gm packet</i>                                                                            | 5     | PA, QL (180 PER 30 DAYS)     |
| <i>metyrosine 250 mg cap</i>                                                                              | 5     | PA                           |
| 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)     |
| NITYR (2 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)                                                                     | 5     | PA, QL (600 PER 30 DAYS)     |
| ORFADIN 4 MG/ML SUSPENSION                                                                                | 5     | PA, QL (1500 PER 30 DAYS)    |
| PYRUKYND (5 MG TAB, 20 MG TAB, 50 MG TAB)                                                                 | 5     | PA, QL (56 PER 28 DAYS)      |
| PYRUKYND TAPER PACK (PACK 5 MG TAB THPK, PACK 7 20 MG & 7 5 MG TAB THPK, PACK 7 50 MG & 7 20 MG TAB THPK) | 5     | PA, QL (56 PER 28 DAYS)      |
| <i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>                             | 5     | PA                           |
| VOXZOGO (0.4 MG RECON SOLN, 0.56 MG RECON SOLN, 1.2 MG RECON SOLN)                                        | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)      |
| <b>PROTECTIVE AGENTS</b>                                                                                  |       |                              |
| ELMIRON 100 MG CAP                                                                                        | 4     |                              |
| <i>mesna 400 mg tab</i>                                                                                   | 5     |                              |
| <b>NONHORMONAL CONTRACEPTIVES</b>                                                                         |       |                              |
| PHEXXI 1.8-1-0.4 % GEL                                                                                    | 4     |                              |
| <b>RESPIRATORY TRACT AGENTS</b>                                                                           |       |                              |
| <b>ANTI-INFLAMMATORY AGENTS</b>                                                                           |       |                              |
| <i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</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            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------|
| CROMOLYN SODIUM 4 % SOLUTION                                                                   | 3     |                               |
| FASENRA 10 MG/0.5ML SOLN PRSYR                                                                 | 5     | PA, QL (0.5 PER 28 OVER TIME) |
| FASENRA 30 MG/ML SOLN PRSYR                                                                    | 5     | PA, QL (2 PER 56 OVER TIME)   |
| FASENRA PEN 30 MG/ML SOLN A-INJ                                                                | 5     | PA, QL (2 PER 56 OVER TIME)   |
| <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)           |
| XOLAIR (150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR) | 5     | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)   |
| XOLAIR 150 MG/ML SOLN PRSYR                                                                    | 5     | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)   |
| XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ                                                                  | 5     | PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)   |
| XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR                                                                  | 5     | PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)   |
| <i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                      | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)           |

## ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (RESPIRATORY)

|                                                         |   |                              |
|---------------------------------------------------------|---|------------------------------|
| <i>azelastine-fluticasone 137-50 mcg/act suspension</i> | 4 | ST, QL (23 PER 30 OVER TIME) |
| <i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>              | 3 | BVD                          |

## ANTIFIBROTIC AGENTS

|                                             |   |                          |
|---------------------------------------------|---|--------------------------|
| 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)  |

## CYSTIC FIBROSIS TRANSMEMBRANE CONDUCTANCE REGULATOR MODULATORS

|                                                                                                |   |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------|
| KALYDECO (5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB) | 5 | PA, QL (60 PER 30 DAYS) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------|

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| ORKAMBI (100-125 MG TAB, 200-125 MG TAB)                                                                             | 5            | PA, QL (120 PER 30 DAYS)       |
| ORKAMBI (75-94 MG PACKET, 100-125 MG PACKET, 150-188 MG PACKET)                                                      | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)        |
| TRIKAFTA (50-25-37.5 75 MG TAB THPK, 100-50-75 150 MG TAB THPK)                                                      | 5            | PA, QL (90 PER 30 DAYS)        |
| TRIKAFTA (80-40-60 59.5 MG THER PACK, 100-50-75 75 MG THER PACK)                                                     | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)        |
| <b>MUCOLYTIC AGENTS</b>                                                                                              |              |                                |
| BRONCHITOL 40 MG CAP                                                                                                 | 5            | PA, QL (600 PER 30 DAYS)       |
| BRONCHITOL TOLERANCE TEST 40 MG CAP                                                                                  | 5            | PA, QL (600 PER 30 DAYS)       |
| PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION                                                                                      | 5            | QL (150 PER 30 DAYS), BVD      |
| <b>VASODILATING AGENTS</b>                                                                                           |              |                                |
| 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)        |
| <i>ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                                             | 5            | PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)    |
| <i>bosentan (62.5 mg tab, 125 mg tab)</i>                                                                            | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)        |
| OPSUMIT 10 MG TAB                                                                                                    | 5            | PA, QL (30 PER 30 DAYS)        |
| UPTRAVI (200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB, 1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB) | 5            | PA, QL (60 PER 30 DAYS)        |
| UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK                                                                                       | 5            | PA, QL (200 PER 180 OVER TIME) |
| WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)                                                       | 5            | PA                             |

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

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

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

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

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                           | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------|
| <b>SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS</b>                                                                                                                                |       |                              |
| <b>ANTI-INFECTIVES</b>                                                                                                                                                |       |                              |
| <i>acyclovir 5 % ointment</i>                                                                                                                                         | 3     |                              |
| <i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>                                                                                                                        | 3     |                              |
| <i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)</i>                                                                                                                           | 3     |                              |
| <i>ciclopirox 8 % solution</i>                                                                                                                                        | 3     | NM                           |
| <i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>                                                                                                           | 3     |                              |
| <b>CLEOCIN 100 MG SUPPOS</b>                                                                                                                                          | 4     |                              |
| <i>clindamycin phos (once-daily) 1 % gel</i>                                                                                                                          | 3     |                              |
| <i>clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel</i>                                                                                                                         | 3     |                              |
| <i>clindamycin phos-benzoyl perox 1-5 % gel</i>                                                                                                                       | 3     | ST                           |
| <i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-2.5 % gel</i>                                                                                                                   | 2     | ST                           |
| <i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel</i>                                                                                                                     | 2     |                              |
| <i>clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab, 2 % cream)</i>                                                                                          | 3     |                              |
| <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     |                              |
| <i>econazole nitrate 1 % cream</i>                                                                                                                                    | 3     |                              |
| <b>ERY 2 % PAD</b>                                                                                                                                                    | 2     |                              |
| <i>erythromycin (2 % gel, 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>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo)</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>klayesta 100000 unit/gm powder</i>                                                     | 2     |                     |
| <i>metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % gel, 0.75 % lotion)</i>                            | 3     |                     |
| <i>metronidazole 1 % gel</i>                                                              | 3     | QL (60 PER 30 DAYS) |
| MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS                                                                | 4     |                     |
| <i>mupirocin 2 % ointment</i>                                                             | 3     |                     |
| <i>mupirocin calcium 2 % cream</i>                                                        | 3     |                     |
| <i>naftifine hcl 2 % cream</i>                                                            | 3     |                     |
| <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-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>permethrin 5 % cream</i>                                                               | 3     |                     |
| <i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>                                                      | 2     |                     |
| SPINOSAD 0.9 % SUSPENSION                                                                 | 4     |                     |
| <i>ssd 1 % cream</i>                                                                      | 2     |                     |
| <i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>                                            | 3     |                     |
| <i>terconazole (0.4 %, 0.8 %)</i>                                                         | 3     |                     |
| <i>terconazole 80 mg suppos</i>                                                           | 3     |                     |
| VANDAZOLE 0.75 % GEL                                                                      | 3     |                     |

## ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

|                                                                                                                                                                     |   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| <i>alclometasone dipropionate (alclometasone dipropionate 0.05 % ointment, alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment)</i> | 3 |  |
| <i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>                                                                                    | 3 |  |

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

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

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

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

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                      | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>                                                                                                                                    | 3            |                           |
| <i>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)</i> | 3            |                           |
| <i>calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % ointment</i>                                                                                                                                                             | 4            |                           |
| <i>calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % suspension</i>                                                                                                                                                           | 3            |                           |
| <i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>                                                                                                                                                                      | 3            |                           |
| <i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment, 0.05 % shampoo, 0.05 % solution)</i>                                                                                   | 3            |                           |
| <i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>                                                                                                                                                                              | 3            | QL (125 PER 14 OVER TIME) |
| <i>clobetasol propionate e clobetasol propionate 0.05 % cream</i>                                                                                                                                                       | 3            |                           |
| <i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>                                                                                                                                                          | 3            |                           |
| <i>desoximetasone (0.25 % cream, 0.25 % ointment)</i>                                                                                                                                                                   | 4            |                           |
| <i>diclofenac sodium 1.5 % solution</i>                                                                                                                                                                                 | 3            | QL (450 PER 30 DAYS)      |
| <i>diclofenac sodium 3 % gel</i>                                                                                                                                                                                        | 3            |                           |
| <b>ENSTILAR 0.005-0.064 % FOAM</b>                                                                                                                                                                                      | 5            |                           |
| <b>EUCRISA 2 % OINTMENT</b>                                                                                                                                                                                             | 3            | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| <i>fluocinolone acetonide 0.01 % solution</i>                                                                                                                                                                           | 3            |                           |
| <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            |                           |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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>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>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>                                                                                                                                                            | 3            |                           |
| <i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)</i>                                                                                                                            | 2            |                           |
| <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>triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i>                                           | 2            |                           |
| <i>triderm 0.5 % cream</i>                                                                                                                                                                         | 2            |                           |

## **KERATOLYTIC AGENTS**

|                                                 |   |    |
|-------------------------------------------------|---|----|
| <i>adapalene-benzoyl peroxide 0.1-2.5 % gel</i> | 2 | ST |
| <i>ammonium lactate 12 % cream</i>              | 2 |    |

## **SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS**

|                                                            |   |                             |
|------------------------------------------------------------|---|-----------------------------|
| <i>acutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>           | 3 |                             |
| <i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>       | 4 | QL (60 PER 30 DAYS)         |
| <i>adapalene (0.1 % cream, 0.3 % gel)</i>                  | 3 | ST                          |
| <b>ADBRY (150 MG/ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ)</b> | 5 | PA, QL (6 PER 28 OVER TIME) |
| <b>ALTRENO 0.05 % LOTION</b>                               | 4 | QL (45 PER 30 OVER TIME)    |
| <i>amnestem (10 mg cap, 20 mg cap, 40 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.

| MEDICAMENTO                                                                                                                                        | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------|
| <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>bexarotene 1 % gel</i>                                                                                                                          | 5     | PA                          |
| <i>calcipotriene (calcipotriene 0.005 % ointment, calcipotriene 0.005 % solution, calcipotriene 0.005 % cream, calcipotriene 0.005 % solution)</i> | 3     |                             |
| CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT                                                                                                                       | 3     |                             |
| CIBINQO (50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB)                                                                                                        | 5     | PA, QL (30 PER 30 DAYS)     |
| <i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>                                                                                                  | 3     |                             |
| <i>claravis 30 mg cap</i>                                                                                                                          | 3     |                             |
| <i>dapsone 5 % gel</i>                                                                                                                             | 3     | ST                          |
| DUPIXENT 300 MG/2ML SOLN A-INJ                                                                                                                     | 5     | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME) |
| DUPIXENT 300 MG/2ML SOLN PRSYR                                                                                                                     | 5     | PA, QL (8 PER 28 OVER TIME) |
| FILSUEVZ 10 % GEL                                                                                                                                  | 5     | PA                          |
| FINACEA 15 % FOAM                                                                                                                                  | 4     |                             |
| <i>fluorouracil (fluorouracil 5 % cream, fluorouracil 2 % solution, fluorouracil 5 % solution)</i>                                                 | 3     |                             |
| HYFTOR 0.2 % GEL                                                                                                                                   | 5     | PA                          |
| <i>imiquimod 5 % cream</i>                                                                                                                         | 3     |                             |
| <i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>                                                                                              | 3     |                             |
| <i>isotretinoin 30 mg cap</i>                                                                                                                      | 3     |                             |
| METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP                                                                                                                        | 5     |                             |
| PANRETIN 0.1 % GEL                                                                                                                                 | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS)     |
| <i>pimecrolimus 1 % cream</i>                                                                                                                      | 4     | ST                          |
| PODOFILOX 0.5 % SOLUTION                                                                                                                           | 2     |                             |
| SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT                                                                                                                        | 4     |                             |
| <i>tacrolimus (0.03 %, 0.1 %)</i>                                                                                                                  | 3     | QL (100 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       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
| <i>tazarotene (0.05 % gel, 0.1 % gel)</i>                                                                                                                           | 4     |                          |
| <i>tazarotene 0.05 % cream</i>                                                                                                                                      | 4     | ST                       |
| <i>tazarotene 0.1 % cream</i>                                                                                                                                       | 3     | ST                       |
| <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                       |
| TRETINOIN MICROSPHERE PUMP (PUMP 0.04 % GEL, PUMP 0.1 % GEL)                                                                                                        | 4     | ST                       |
| VALCHLOR 0.016 % GEL                                                                                                                                                | 5     | PA, QL (120 PER 30 DAYS) |
| VTAMA 1 % CREAM                                                                                                                                                     | 4     | ST, QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>                                                                                                                   | 3     |                          |
| <i>zenatane 30 mg cap</i>                                                                                                                                           | 3     |                          |

## SKIN AND MUCOUS MEMBRANE PREPARATIONS

### ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS

|                                             |   |  |
|---------------------------------------------|---|--|
| <i>agoneaze 2.5-2.5 % kit</i>               | 3 |  |
| <i>lidocaine 5 % patch</i>                  | 3 |  |
| <i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</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 |  |
| <i>livixil pak 2.5-2.5 % kit</i>            | 3 |  |
| <i>prilovix 2.5-2.5 % kit</i>               | 3 |  |
| <i>prilovix lite 2.5-2.5 % kit</i>          | 3 |  |
| <i>prilovix lite plus 2.5-2.5 % kit</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>prilovix plus 2.5-2.5 % kit</i>           | 3     |                    |
| <i>prilovix ultralite 2.5-2.5 % kit</i>      | 3     |                    |
| <i>prilovix ultralite plus 2.5-2.5 % kit</i> | 3     |                    |
| <i>tridacaine ii 5 % patch</i>               | 3     |                    |
| <i>tridacaine iii 5 % patch</i>              | 3     |                    |

## SMOOTH MUSCLE RELAXANTS

### GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS

|                                                                                  |   |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------|
| <i>darifenacin hydrobromide er (er 7.5 mg tab er, er 15 mg tab er)</i>           | 3 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>fesoterodine fumarate er (er 4 mg tab er, er 8 mg tab er)</i>                 | 4 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>flavoxate hcl 100 mg tab</i>                                                  | 2 |                      |
| MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)                                   | 3 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER                                                           | 3 | QL (300 PER 30 DAYS) |
| <i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>                                              | 1 | 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> | 1 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>solifenacin succinate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                               | 2 | QL (30 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>trospium chloride 20 mg tab</i>                                               | 2 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>trospium chloride er 60 mg cap 24h</i>                                        | 3 | QL (30 PER 30 DAYS)  |

### RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS

|                                               |   |                     |
|-----------------------------------------------|---|---------------------|
| <i>roflumilast (250 mcg tab, 500 mcg tab)</i> | 3 | 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>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     |                    |

## SUPPLIES

|                                                                                                                                                                                              |   |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------|
| AQ INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)                                                                                                          | 2 | QL (200 PER 30 DAYS) |
| AQINJECT PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)                                                                                                                                         | 2 | QL (200 PER 30 DAYS) |
| BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML MISC                                                                                                                                      | 2 | QL (200 PER 30 DAYS) |
| DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC) | 2 | QL (200 PER 30 DAYS) |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)                                                                                                                                   | 2 | QL (200 PER 30 DAYS) |
| 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, 31G 5/16" 1 ML MISC)           | 2 | QL (200 PER 30 DAYS) |
| MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR (29G 1/2" 0.3 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC)                              | 2 | QL (200 PER 30 DAYS) |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| 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, 30G<br>5/16" 1 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 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)      |
| ULTICARE INSULIN SAFETY SYR<br>(1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)                                                                                                                               | 2            | QL (200 PER 30 DAYS)      |

## Uncategorized

## Unclassified

|                                                                       |   |                      |
|-----------------------------------------------------------------------|---|----------------------|
| ALTOPREV (20 MG TAB ER 24H, 40<br>MG TAB ER 24H, 60 MG TAB ER<br>24H) | 4 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| BD INSULIN SYRINGE U-500 31G X<br>6MM 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.

| MEDICAMENTO                                                                                                            | NIVEL | REQUISITOS/LIMITES         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------|
| CABLIVI 11 MG KIT                                                                                                      | 5     | PA, QL (31 PER 30 DAYS)    |
| <i>cilostazol (50 mg tab, 100 mg tab)</i>                                                                              | 2     |                            |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) (/14) % SOLUTION                                                                            | 3     |                            |
| CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) (/14) % SOLUTION                                                                              | 3     |                            |
| ELIQUIS 2.5 MG TAB                                                                                                     | 3     | QL (60 PER 30 DAYS)        |
| ELIQUIS 5 MG TAB                                                                                                       | 3     | QL (74 PER 30 DAYS)        |
| ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK                                                                              | 3     | QL (74 PER 180 OVER TIME)  |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC                                                                    | 2     | QL (200 PER 30 DAYS)       |
| <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>pentoxifylline er 400 mg tab</i>                                                                                    | 2     |                            |
| PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE (10 MG TAB DISP, 15 MG TAB DISP, 30 MG TAB DISP)                                         | 3     |                            |
| TAVALISSE (100 MG TAB, 150 MG TAB)                                                                                     | 5     | PA, QL (60 PER 30 DAYS)    |
| <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 STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK                                                                               | 3     | QL (102 PER 365 OVER TIME) |

## VITAMINS

### VITAMIN D

|                                               |   |      |
|-----------------------------------------------|---|------|
| <i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i> | 4 | ESRD |
| <i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i>           | 4 | ESRD |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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               |
| <i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap)</i>                                                                                                                                             | 3     | ESRD               |
| ALTRIXA OB 15-0.4-0.6 MG TAB                                                                                                                                                                      | 3     |                    |
| ATABEX EC AEX 29-1 MG DR                                                                                                                                                                          | 3     |                    |
| AZESCO 13-1 MG TAB                                                                                                                                                                                | 3     |                    |
| C-NATE DHA 28-1-200 MG CAP                                                                                                                                                                        | 3     |                    |
| CITRANATAL 90 DHA -1 & 300 MG MISC                                                                                                                                                                | 3     |                    |
| CITRANATAL ASSURE 35-1 & 300 MG MISC                                                                                                                                                              | 3     |                    |
| CITRANATAL B-CALM 20-1 MG & 2 X 25 MG MISC                                                                                                                                                        | 3     |                    |
| CITRANATAL DHA 27-1 & 250 MG MISC                                                                                                                                                                 | 3     |                    |
| CITRANATAL HARMONY 27-1-260 MG CAP                                                                                                                                                                | 3     |                    |
| CITRANATAL RX 27-1 MG TAB                                                                                                                                                                         | 3     |                    |
| CO-NATAL FA TAB                                                                                                                                                                                   | 3     |                    |
| COMPLETE NATAL DHA 29-1-200 & 200 MG MISC                                                                                                                                                         | 3     |                    |
| COMPLETENATE 29-1 MG CHEW TAB                                                                                                                                                                     | 3     |                    |
| DERMACINRX PRETRATE 1 MG TAB                                                                                                                                                                      | 3     |                    |
| DUET DHA 400 25-1 & MG MISC                                                                                                                                                                       | 3     |                    |
| DUET DHA BALANCED 25-1 & 267 MG MISC                                                                                                                                                              | 3     |                    |
| EMBRIVA 13-1 MG TAB                                                                                                                                                                               | 3     |                    |
| FOLATEXCEL 20-1 MG TAB                                                                                                                                                                            | 3     |                    |
| INATAL GT 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 |
|---------------------------------------------------|-------|--------------------|
| KOSHER PRENATAL PLUS IRON 30-1 MG TAB             | 3     |                    |
| M-NATAL PLUS 27-1 MG TAB                          | 3     |                    |
| MATERVIA 0.5 MG CAP                               | 3     |                    |
| MULTI-MAC 15-0.75-1 MG TAB                        | 3     |                    |
| <i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>             | 2     |                    |
| NATACHEW NATA28-1 MG 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 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     |                    |
| OB COMPLETE ONE 50-1-476 MG CAP                   | 3     |                    |
| OB COMPLETE PETITE 35-5-1-200 MG CAP              | 3     |                    |
| OB COMPLETE PREMIER 30-20-1 MG TAB                | 3     |                    |
| OB COMPLETE/DHA 30-10-1-200 MG CAP                | 3     |                    |
| OBSTETRIX EC (WITH DOCUSATE) 29-1 MG TAB          | 3     |                    |
| 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 TABS 29-1 S MG                                | 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> |
|----------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| PNV-DHA+DOCUSATE 27-1.25-300 MG CAP                            | 3            |                           |
| PNV-SELECT 27-0.6-0.4 MG TAB                                   | 3            |                           |
| PREGEN DHA 28-1-35 MG CAP                                      | 3            |                           |
| PREGENNA 20-1 MG TAB                                           | 3            |                           |
| PRENA 1 TRUE 30-.4 & 300 MG MISC                               | 3            |                           |
| PRENA1 1.4 MG CHEW TAB                                         | 3            |                           |
| PRENA1 PEARL 30-1.4-200 MG CAP ER                              | 3            |                           |
| PRENAISSANCE 29-1.25-325 MG CAP                                | 3            |                           |
| PRENAISSANCE PLUS 28-1-250 MG CAP                              | 3            |                           |
| PRENATAL 19 (19 CHEW TAB, 19 29-1 MG CHEW TAB, 19 29-1 MG TAB) | 3            |                           |
| PRENATAL 27-1 MG TAB                                           | 3            |                           |
| PRENATAL PLUS 27-1 MG TAB                                      | 3            |                           |
| PRENATAL PLUS IRON 29-1 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            |                           |

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

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

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la 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> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| 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            |                           |
| PREPLUS 27-1 MG TAB                                                                                                                                                                                               | 3            |                           |
| PRETAB PRE29-1 MG                                                                                                                                                                                                 | 3            |                           |
| PRIMACARE 30-1-470 MG CAP                                                                                                                                                                                         | 3            |                           |
| PROVIDA OB 20-20-1.25 MG CAP                                                                                                                                                                                      | 3            |                           |
| SE-NATAL 19 (19 29-1 MG CHEW TAB, 19 29-1 MG TAB)                                                                                                                                                                 | 3            |                           |
| SELECT-OB (29-0.6-0.4 MG CHEW TAB, 29-1 MG CHEW TAB)                                                                                                                                                              | 3            |                           |
| SELECT-OB+DHA 29-1 & 250 MG MISC                                                                                                                                                                                  | 3            |                           |
| SODIUM FLUORIDE (SODIUM FLUORIDE 0.55 (0.25 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 1.1 (0.5 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 1.1 (0.5 F) MG TAB, SODIUM FLUORIDE 2.2 (1 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 2.2 (1 F) MG TAB) | 2            |                           |
| THRIVITE RX 29-1 MG TAB                                                                                                                                                                                           | 3            |                           |
| TRICARE TAB                                                                                                                                                                                                       | 3            |                           |
| TRINATAL RX 1 60-MG TAB                                                                                                                                                                                           | 3            |                           |
| TRINATE TAB                                                                                                                                                                                                       | 3            |                           |
| TRINAZ 12-1 MG TAB                                                                                                                                                                                                | 3            |                           |
| TRISTART DHA 31-0.6-0.4-200 MG CAP                                                                                                                                                                                | 3            |                           |
| VINATE II 29-1 MG TAB                                                                                                                                                                                             | 3            |                           |
| VINATE ONE 60-1 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.

| <b>MEDICAMENTO</b>                                 | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LIMITES</b> |
|----------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| 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            |                           |
| 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            |                           |
| VITATRUE 30-1.4 & 300 MG MISC                      | 3            |                           |
| VIVA DHA 28-1-200 MG CAP                           | 3            |                           |
| VP-PNV-DHA 28-1-215.8 MG CAP                       | 3            |                           |
| WESNATAL DHA COMPLETE 29-1-200 & 200 MG MISC       | 3            |                           |
| WESNATE DHA 28-1-200 MG CAP                        | 3            |                           |
| WESTAB PLUS WES27-1 MG                             | 3            |                           |
| WESTGEL DHA 31-0.6-0.4-200 MG CAP                  | 3            |                           |
| ZALVIT 13-1 MG TAB                                 | 3            |                           |
| ZIPHEX 13-1 MG TAB                                 | 3            |                           |

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

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

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

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

# Índice de medicamentos

|                                  |       |                                    |         |                                  |       |
|----------------------------------|-------|------------------------------------|---------|----------------------------------|-------|
| <b>A</b>                         |       | ALECENSA.....                      | 15      | amoxicillin.....                 | 1     |
| abacavir sulfate.....            | 9     | alendronate sodium.....            | 98      | amoxicillin-pot clavulanate..... | 1     |
| abacavir sulfate-lamivudine..... | 9     | alfuzosin hcl er.....              | 31      | amphetamine-dextroamphet er..... | 47    |
| abigale.....                     | 88    | aliskiren fumarate.....            | 42      | amphetamine-                     |       |
| abigale lo.....                  | 88    | allopurinol.....                   | 97      | dextroamphetamine.....           | 47    |
| ABILIFY ASIMTUFII.....           | 58    | ALOGLIPTIN BENZOATE.....           | 83      | AMPHOTERICIN B.....              | 7     |
| ABILIFY MAINTENA.....            | 58    | ALOGLIPTIN-METFORMIN               |         | amphotericin b liposome.....     | 7     |
| abiraterone acetate.....         | 15    | HCL.....                           | 83      | ampicillin.....                  | 1     |
| abirtega.....                    | 15    | ALOGLIPTIN-                        |         | ampicillin sodium.....           | 1     |
| ABRYSVO.....                     | 26    | PIOGLITAZONE.....                  | 83      | ampicillin-sulbactam sodium..... | 1     |
| acamprosate calcium.....         | 97    | alosetron hcl.....                 | 77      | anagrelide hcl.....              | 35    |
| acarbose.....                    | 83    | ALPHAGAN P.....                    | 76      | anastrozole.....                 | 92    |
| accutane.....                    | 108   | alprazolam.....                    | 56      | ANORO ELLIPTA.....               | 28    |
| acebutolol hcl.....              | 37    | alprazolam er.....                 | 56      | APLENZIN.....                    | 58    |
| acetaminophen-codeine.....       | 44    | ALPRAZOLAM INTENSOL.....           | 56      | apomorphine hcl.....             | 54    |
| acetazolamide.....               | 98    | alprazolam xr.....                 | 56      | APRACLONIDINE HCL.....           | 77    |
| acetazolamide er.....            | 98    | ALTOPREV.....                      | 113     | aprepitant.....                  | 78    |
| acetic acid.....                 | 77    | ALTRENO.....                       | 108     | apri.....                        | 88    |
| acetylcysteine.....              | 97    | ALTRIXA OB.....                    | 115     | APTIVUS.....                     | 10    |
| acitretin.....                   | 108   | ALUNBRIG.....                      | 15      | AQ INSULIN SYRINGE.....          | 112   |
| ACTHIB.....                      | 26    | amabelz.....                       | 88      | AQINJECT PEN NEEDLE.....         | 112   |
| ACTIMMUNE.....                   | 100   | amantadine hcl.....                | 9       | AQNEURSA.....                    | 101   |
| acyclovir.....                   | 9,105 | ambrisentan.....                   | 104     | aranelle.....                    | 88    |
| acyclovir sodium.....            | 9     | amikacin sulfate.....              | 1       | ARANESP (ALBUMIN FREE).....      | 33    |
| ADACEL.....                      | 25    | amiloride hcl.....                 | 69      | ARCALYST.....                    | 101   |
| adapalene.....                   | 108   | AMILORIDE-                         |         | AREXVY.....                      | 26    |
| adapalene-benzoyl                |       | HYDROCHLOROTHIAZIDE.....           | 69      | arformoterol tartrate.....       | 31    |
| peroxide.....                    | 108   | amiodarone hcl.....                | 40      | ARIKAYCE.....                    | 1     |
| ADBRY.....                       | 108   | amitriptyline hcl.....             | 58      | aripiprazole.....                | 58,59 |
| adefovir dipivoxil.....          | 9     | AMJEVITA.....                      | 98,99   | ARISTADA.....                    | 59    |
| ADEMPAS.....                     | 104   | amlodipine besy-benazepril         |         | ARISTADA INITIO.....             | 59    |
| agoneaze.....                    | 110   | hcl.....                           | 39      | armodafinil.....                 | 47    |
| AJOVY.....                       | 53    | amlodipine besylate.....           | 39      | ARNUITY ELLIPTA.....             | 74    |
| ak-poly-bac.....                 | 73    | amlodipine besylate-valsartan..... | 39      | ascomp-codeine.....              | 44    |
| AKEEGA.....                      | 15    | amlodipine-atorvastatin.....       | 36      | asenapine maleate.....           | 59    |
| albendazole.....                 | 1     | amlodipine-olmesartan.....         | 39      | ASMANEX (120 METERED             |       |
| albuterol sulfate.....           | 31    | ammonium lactate.....              | 108     | DOSES).....                      | 81    |
| albuterol sulfate hfa.....       | 31    | amnestem.....                      | 108,109 | ASMANEX (30 METERED              |       |
| ALBUTEROL SULFATE HFA.....       | 31    | amoxapine.....                     | 58      | DOSES).....                      | 81    |
| alclometasone dipropionate.....  | 106   | AMOXICILL-CLARITHRO-               |         | ASMANEX (60 METERED              |       |
|                                  |       | LANSOPRAZ.....                     | 1       | DOSES).....                      | 81    |

|                                     |     |                                     |        |                                     |     |
|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|-----|
| ASMANEX HFA.....                    | 81  | balsalazide disodium.....           | 77     | bisoprolol fumarate.....            | 37  |
| aspirin-dipyridamole er.....        | 44  | BALVERSA.....                       | 15     | bisoprolol-hydrochlorothiazide..... | 37  |
| ASTAGRAF XL.....                    | 100 | balziva.....                        | 88     | BIVIGAM.....                        | 25  |
| ATABEX EC.....                      | 115 | BAQSIMI ONE PACK.....               | 87     | blisovi fe 1.5/30.....              | 88  |
| atazanavir sulfate.....             | 10  | BAQSIMI TWO PACK.....               | 87     | BOOSTRIX.....                       | 26  |
| atenolol.....                       | 37  | BARACLUDE.....                      | 10     | bosentan.....                       | 104 |
| atenolol-chlorthalidone.....        | 37  | BAXDELA.....                        | 2      | BOSULIF.....                        | 15  |
| atomoxetine hcl.....                | 57  | BCG VACCINE.....                    | 26     | BRAFTOVI.....                       | 15  |
| atorvastatin calcium.....           | 36  | BD INSULIN SYRINGE U-500.....       | 113    | BREO ELLIPTA.....                   | 31  |
| atovaquone.....                     | 8   | BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE..... | 112    | breyana.....                        | 31  |
| atovaquone-proguanil hcl.....       | 8   | BELDOMRA.....                       | 56     | BREZTRI AEROSPHERE.....             | 28  |
| atropine sulfate.....               | 74  | benazepril hcl.....                 | 42     | briellyn.....                       | 88  |
| ATROVENT HFA.....                   | 28  | benazepril-hydrochlorothiazide..... | 42     | brimonidine tartrate.....           | 76  |
| AUGTYRO.....                        | 15  | BENLYSTA.....                       | 100    | brinzolamide.....                   | 76  |
| AUSTEDO.....                        | 67  | benzoyl peroxide-erythromycin.....  | 105    | BRIVIACT.....                       | 48  |
| AUSTEDO XR.....                     | 67  | benztropine mesylate.....           | 54     | bromfenac sodium (once-daily).....  | 74  |
| AUSTEDO XR PATIENT TITRATION.....   | 67  | bepotastine besilate.....           | 76     | bromocriptine mesylate.....         | 54  |
| AUVELITY.....                       | 59  | BESIVANCE.....                      | 73     | BRONCHITOL.....                     | 104 |
| AUVI-Q.....                         | 31  | BESREMI.....                        | 100    | BRONCHITOL TOLERANCE TEST.....      | 104 |
| aviane.....                         | 88  | betaine.....                        | 101    | BRUKINSA.....                       | 15  |
| AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....       | 15  | betamethasone dipropionate.....     | 106    | budesonide.....                     | 81  |
| AYVAKIT.....                        | 15  | betamethasone dipropionate.....     | 107    | budesonide er.....                  | 77  |
| azathioprine.....                   | 100 | betamethasone valerate.....         | 107    | budesonide-formoterol fumarate..... | 31  |
| azelaic acid.....                   | 109 | BETAXOLOL HCL.....                  | 76     | bumetanide.....                     | 69  |
| azelastine hcl.....                 | 76  | bethanechol chloride.....           | 29     | buprenorphine.....                  | 45  |
| azelastine-fluticasone.....         | 103 | BETOPTIC-S.....                     | 76     | buprenorphine hcl.....              | 45  |
| AZELEX.....                         | 109 | BEVESPI AEROSPHERE.....             | 28     | buprenorphine hcl-naloxone hcl..... | 45  |
| AZESCO.....                         | 115 | bexarotene.....                     | 15,109 | bupropion hcl.....                  | 59  |
| azithromycin.....                   | 1   | BEXSERO.....                        | 26     | bupropion hcl er (smoking det)..... | 59  |
| aztreonam.....                      | 2   | bicalutamide.....                   | 15     | bupropion hcl er (sr).....          | 59  |
| azurette.....                       | 88  | BICILLIN C-R.....                   | 2      | bupropion hcl er (xl).....          | 59  |
| <b>B</b>                            |     | BICILLIN C-R 900/300.....           | 2      | buspirone hcl.....                  | 56  |
| bac (butalbital-acetamin-caff)..... | 45  | BICILLIN L-A.....                   | 2      | butalbital-apap-caff-cod.....       | 45  |
| bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....  | 73  | BIKTARVY.....                       | 10     | butalbital-apap-cafeine.....        | 45  |
| BACITRACIN.....                     | 73  | bimatoprost.....                    | 76     | butalbital-asa-caff-codeine.....    | 45  |
| bacitracin-polymyxin b.....         | 73  |                                     |        | butalbital-aspirin-cafeine.....     | 45  |
| baclofen.....                       | 30  |                                     |        |                                     |     |

|                            |       |                             |      |                                |       |
|----------------------------|-------|-----------------------------|------|--------------------------------|-------|
| <b>C</b>                   |       | cefixime                    | 2    | CITRANATAL RX                  | 115   |
|                            |       | cefoxitin sodium            | 2    | claravis                       | 109   |
| C-NATE DHA                 | 115   | CEFPODOXIME PROXETIL        | 2    | clarithromycin                 | 3     |
| cabergoline                | 54    | cefprozil                   | 3    | clarithromycin er              | 3     |
| CABLIVI                    | 114   | CEFTAZIDIME                 | 3    | CLENPIQ                        | 79    |
| CABOMETYX                  | 15    | ceftriaxone sodium          | 3    | CLEOCIN                        | 105   |
| calcipotriene              | 109   | cefuroxime axetil           | 3    | clindamycin hcl                | 3     |
| calcipotriene-betameth     |       | cefuroxime sodium           | 3    | clindamycin palmitate hcl      | 3     |
| diprop                     | 107   | celecoxib                   | 45   | clindamycin phos (once-daily)  | 105   |
| calcitonin (salmon)        | 94    | cephalexin                  | 3    | clindamycin phos (twice-daily) | 105   |
| CALCITRIOL                 | 109   | cetirizine hcl              | 14   | clindamycin phos-benzoyl       |       |
| calcitriol                 | 114   | CHEMET                      | 80   | perox                          | 105   |
| CALQUENCE                  | 15    | CHENODAL                    | 79   | clindamycin phosphate          | 3,105 |
| camila                     | 88    | chlorhexidine gluconate     | 73   | clindamycin phosphate in d5w   | 3     |
| candesartan cilexetil      | 42    | chloroquine phosphate       | 8    | CLINIMIX E/DEXTROSE            |       |
| candesartan cilexetil-hctz | 42    | chlorthalidone              | 59   | (2.75/5)                       | 68    |
| CAPLYTA                    | 59    | CHLORPROMAZINE HCL          | 59   | CLINIMIX E/DEXTROSE            |       |
| CAPRELSA                   | 16    | chlorthalidone              | 69   | (4.25/10)                      | 68    |
| captopril                  | 42    | CHOLBAM                     | 80   | CLINIMIX E/DEXTROSE            |       |
| carbamazepine              | 48,49 | cholestyramine              | 36   | (4.25/5)                       | 68    |
| CARBAMAZEPINE              | 49    | cholestyramine light        | 36   | CLINIMIX E/DEXTROSE            |       |
| carbamazepine er           | 49    | CIBINQO                     | 109  | (5/15)                         | 68    |
| carbidopa                  | 54    | ciclopirox                  | 105  | CLINIMIX E/DEXTROSE            |       |
| CARBIDOPA-LEVODOPA         | 55    | ciclopirox olamine          | 105  | (5/20)                         | 68    |
| carbidopa-levodopa er      | 55    | cilostazol                  | 114  | CLINIMIX E/DEXTROSE            |       |
| carbidopa-levodopa-        |       | CILOXAN                     | 73   | (8/10)                         | 68    |
| entacapone                 | 55    | CIMDUO                      | 10   | CLINIMIX E/DEXTROSE            |       |
| carglumic acid             | 67    | cimetidine                  | 78   | (8/14)                         | 114   |
| carisoprodol               | 30    | cinacalcet hcl              | 94   | CLINIMIX/DEXTROSE              |       |
| CARTEOLOL HCL              | 38    | CIPRO HC                    | 73   | (4.25/10)                      | 68    |
| cartia xt                  | 39    | ciprofloxacin hcl           | 3,73 | CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)     | 68    |
| carvedilol                 | 38    | ciprofloxacin in d5w        | 3    | CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)       | 68    |
| carvedilol phosphate er    | 38    | ciprofloxacin-dexamethasone | 73   | CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)       | 68    |
| caspofungin acetate        | 7     | citalopram hydrobromide     | 59   | CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)        | 68    |
| CAYSTON                    | 2     | CITALOPRAM                  |      | CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)       | 68    |
| CEFACLOR                   | 2     | HYDROBROMIDE                | 59   | CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)       | 114   |
| CEFACLOR ER                | 2     | CITRANATAL 90 DHA           | 115  | clinisol sf                    | 68    |
| cefadroxil                 | 2     | CITRANATAL ASSURE           | 115  | clobazam                       | 49    |
| cefazolin sodium           | 2     | CITRANATAL B-CALM           | 115  | clobetasol prop emollient      |       |
| cefdinir                   | 2     | CITRANATAL DHA              | 115  | base                           | 107   |
| cefepime hcl               | 2     | CITRANATAL HARMONY          | 115  | clobetasol propionate          | 107   |

|                                  |         |                                    |        |                                     |           |
|----------------------------------|---------|------------------------------------|--------|-------------------------------------|-----------|
| clobetasol propionate e.....     | 107     | cryselle-28.....                   | 88     | DEXAMETHASONE.....                  | 81        |
| clomipramine hcl.....            | 60      | cyclobenzaprine hcl.....           | 30     | DEXAMETHASONE SODIUM                |           |
| clonazepam.....                  | 49      | CYCLOPHOSPHAMIDE.....              | 16     | PHOSPHATE.....                      | 74        |
| clonidine.....                   | 41      | cyclosporine.....                  | 74,100 | dexmethylphenidate hcl er.....      | 47        |
| clonidine hcl.....               | 41      | cyclosporine modified.....         | 101    | dextroamphetamine sulfate.....      | 47        |
| clonidine hcl er.....            | 41      | cyproheptadine hcl.....            | 14     | dextroamphetamine sulfate er.....   | 47        |
| clopidogrel bisulfate.....       | 35      | CYSTAGON.....                      | 101    | dextrose.....                       | 68        |
| clorazepate dipotassium.....     | 56      |                                    |        | DEXTROSE-NACL.....                  | 70        |
| clotrimazole.....                | 105     | <b>D</b>                           |        | dextrose-sodium chloride.....       | 70        |
| clotrimazole-                    |         | dabigatran etexilate mesylate..... | 35     | DIACOMIT.....                       | 49        |
| betamethasone.....               | 105     | dalfampridine er.....              | 101    | diazepam.....                       | 56        |
| clozapine.....                   | 60      | DALVANCE.....                      | 3      | diazepam intensol.....              | 56        |
| CO-NATAL FA.....                 | 115     | danazol.....                       | 82     | diazoxide.....                      | 88        |
| COARTEM.....                     | 8       | DANZITEN.....                      | 16     | diclofenac potassium.....           | 45        |
| COBENFY.....                     | 60      | DAPAGLIFLOZIN                      |        | diclofenac potassium(migraine)..... | 45        |
| COBENFY STARTER PACK.....        | 60      | PROPANEDIOL.....                   | 83     | diclofenac sodium.....              | 45,74,107 |
| colchicine.....                  | 97      | dapsone.....                       | 8,109  | diclofenac sodium er.....           | 45        |
| colchicine-probenecid.....       | 72      | DAPTACEL.....                      | 26     | dicloxacillin sodium.....           | 4         |
| colesevelam hcl.....             | 36      | daptomycin.....                    | 4      | dicyclomine hcl.....                | 28        |
| colestipol hcl.....              | 36      | darifenacin hydrobromide er.....   | 111    | DIFICID.....                        | 4         |
| colistimethate sodium (cba)..... | 3       | darunavir.....                     | 10     | diflunisal.....                     | 45        |
| COMBIGAN.....                    | 76      | dasatinib.....                     | 16     | digoxin.....                        | 40,41     |
| COMBIVENT RESPIMAT.....          | 28      | DAURISMO.....                      | 16     | dihydroergotamine mesylate.....     | 31        |
| COMETRIQ (100 MG DAILY           |         | deferasirox.....                   | 80,81  | DILANTIN.....                       | 49        |
| DOSE).....                       | 16      | deferasirox granules.....          | 81     | DILANTIN INFATABS.....              | 49        |
| COMETRIQ (140 MG DAILY           |         | deferiprone.....                   | 81     | DILANTIN-125.....                   | 49        |
| DOSE).....                       | 16      | DELSTRIGO.....                     | 10     | dilt-xr.....                        | 39        |
| COMETRIQ (60 MG DAILY            |         | DEPO-ESTRADIOL.....                | 92     | diltiazem hcl.....                  | 39        |
| DOSE).....                       | 16      | DEPO-SUBQ PROVERA.....             | 104,95 | diltiazem hcl er.....               | 39        |
| COMPLETE NATAL DHA.....          | 115     | DERMACINRX PRETRATE.....           | 115    | diltiazem hcl er beads.....         | 39        |
| COMPLETENATE.....                | 115     | DESCOVY.....                       | 10     | diltiazem hcl er coated beads.....  | 39        |
| compro.....                      | 60      | desipramine hcl.....               | 60     | dimethyl fumarate.....              | 100       |
| constulose.....                  | 67      | desloratadine.....                 | 14     | dimethyl fumarate starter           |           |
| COPIKTRA.....                    | 16      | desmopressin ace spray refrig..... | 95     | pack.....                           | 100       |
| CORLANOR.....                    | 40      | desmopressin acetate.....          | 95     | DIPENTUM.....                       | 77        |
| COTELLIC.....                    | 16      | desogestrel-ethinyl estradiol..... | 88     | diphenoxylate-atropine.....         | 28        |
| CREON.....                       | 79      | desonide.....                      | 107    | DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....         | 28        |
| CRESEMBA.....                    | 7       | desoximetasone.....                | 107    | disulfiram.....                     | 97        |
| CRINONE.....                     | 95      | DESVENLAFAXINE ER.....             | 60     | DIURIL.....                         | 69        |
| cromolyn sodium.....             | 102,103 | desvenlafaxine succinate er.....   | 60     | divalproex sodium.....              | 49        |
| CROMOLYN SODIUM.....             | 103     | dexamethasone.....                 | 81     | divalproex sodium er.....           | 49        |

|                                |     |                                   |                                   |          |
|--------------------------------|-----|-----------------------------------|-----------------------------------|----------|
| dofetilide.....                | 41  | efavirenz-lamivudine-tenofovir 10 | EPOGEN.....                       | 33       |
| dolishale.....                 | 88  | eletriptan hydrobromide.....      | EPRONTIA.....                     | 49       |
| donepezil hcl.....             | 29  | ELIGARD.....                      | EQUETRO.....                      | 50       |
| DOPTelet.....                  | 33  | ELIQUIS.....                      | ERIVEDGE.....                     | 16       |
| dorzolamide hcl.....           | 76  | ELIQUIS DVT/PE STARTER            | ERLEADA.....                      | 16       |
| dorzolamide hcl-timolol mal    | 76  | PACK.....                         | erlotinib hcl.....                | 16       |
| dorzolamide hcl-timolol mal    |     | ELMIRON.....                      | errin.....                        | 88       |
| pf.....                        | 76  | eltrombopag olamine.....          | ertapenem sodium.....             | 4        |
| dotti.....                     | 92  | eluryng.....                      | ERY.....                          | 105      |
| DOVATO.....                    | 10  | EMBECTA INSULIN                   | erythrocin lactobionate.....      | 4        |
| doxazosin mesylate.....        | 36  | SYRINGE.....                      | erythromycin.....                 | 4,73,105 |
| doxepin hcl.....               | 60  | EMBECTA INSULIN SYRINGE           | erythromycin base.....            | 4        |
| doxercalciferol.....           | 115 | U-500.....                        | erythromycin ethylsuccinate....   | 4        |
| doxy 100.....                  | 4   | EMBRIVA.....                      | erythromycin lactobionate.....    | 4        |
| doxycycline hyclate.....       | 4   | EMGALITY.....                     | ERZOFRI.....                      | 60,61    |
| doxycycline monohydrate....    | 4   | EMGALITY (300 MG DOSE)...         | escitalopram oxalate.....         | 61       |
| DRIZALMA SPRINKLE.....         | 60  | EMSAM.....                        | eslicarbazepine acetate.....      | 50       |
| dronabinol.....                | 78  | emtricitab-rilpivir-tenofov df... | esomeprazole magnesium.....       | 78       |
| DROPSAFE SAFETY                |     | emtricitabine.....                | ESSENTRA WIPES 9X9".....          | 112      |
| SYRINGE/NEEDLE.....            | 112 | emtricitabine-tenofovir df.....   | estarylla.....                    | 88       |
| drospiren-eth estrad-          |     | EMTRIVA.....                      | estradiol.....                    | 92       |
| levomefol.....                 | 88  | enalapril maleate.....            | estradiol-norethindrone acet...   | 88       |
| drospirenone-ethinyl           |     | enalapril-hydrochlorothiazide.    | eszopiclone.....                  | 56       |
| estradiol.....                 | 88  | ENBREL.....                       | ethacrynic acid.....              | 69       |
| droxidopa.....                 | 31  | ENBREL MINI.....                  | ethambutol hcl.....               | 8        |
| DUAVEE.....                    | 92  | ENBREL SURECLICK.....             | ethosuximide.....                 | 50       |
| DUET DHA 400.....              | 115 | ENGERIX-B.....                    | ethynodiol diac-eth estradiol...  | 89       |
| DUET DHA BALANCED....          | 115 | enilloring.....                   | etodolac.....                     | 45       |
| duloxetine hcl.....            | 60  | enoxaparin sodium.....            | etodolac er.....                  | 45       |
| DUPIXENT.....                  | 109 | ENSPRYNG.....                     | etonogestrel-ethinyl estradiol... | 89       |
| dutasteride.....               | 97  | ENSTILAR.....                     | etravirine.....                   | 10       |
| dutasteride-tamsulosin hcl...  | 31  | entacapone.....                   | EUCRISA.....                      | 107      |
| <b>E</b>                       |     | entecavir.....                    | EULEXIN.....                      | 16       |
| econazole nitrate.....         | 105 | ENTRESTO.....                     | EVENITY.....                      | 97       |
| EDARBYCLOR.....                | 42  | ENTYVIO PEN.....                  | everolimus.....                   | 16       |
| EDURANT.....                   | 10  | enulose.....                      | EVOTAZ.....                       | 10       |
| EDURANT PED.....               | 10  | ENVARUSUS XR.....                 | exemestane.....                   | 92       |
| efavirenz.....                 | 10  | EPIDIOLEX.....                    | ezetimibe.....                    | 36       |
| efavirenz-emtricitab-tenofo df | 10  | EPINEPHRINE.....                  | ezetimibe-simvastatin.....        | 36       |
|                                |     | epinephrine.....                  |                                   |          |
|                                |     | eplerenone.....                   |                                   | 42       |

|                          |                       |                                |                              |                             |          |                          |    |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------|--------------------------|----|
| <b>F</b>                 |                       | fluconazole                    | 7                            | furosemide                  | 41,69    |                          |    |
|                          |                       | fluconazole in sodium chloride | 7                            | FUROSEMIDE                  | 69       |                          |    |
|                          | famciclovir           | 10                             | flucytosine                  | 7                           | fyavolv  | 89                       |    |
|                          | famotidine            | 78                             | fludrocortisone acetate      | 82                          | FYCOMPA  | 50                       |    |
|                          | FANAPT                | 61                             | flunisolide                  | 75                          | FYLNETRA | 34                       |    |
|                          | FANAPT TITRATION PACK |                                | fluocinolone acetonide       | 75,107                      | <b>G</b> |                          |    |
|                          | A                     | 61                             | fluocinolone acetonide scalp | 107                         |          |                          |    |
|                          | FARXIGA               | 83                             | fluocinonide                 | 107                         |          | gabapentin               | 50 |
|                          | FASENRA               | 103                            | fluocinonide emulsified base | 107                         |          | galantamine hydrobromide | 30 |
|                          | FASENRA PEN           | 103                            | fluorometholone              | 75                          |          | GALANTAMINE              |    |
| febuxostat               | 97                    | fluorouracil                   | 109                          | HYDROBROMIDE                | 30       |                          |    |
| feirza 1.5/30            | 89                    | fluoxetine hcl                 | 61                           | galantamine hydrobromide er | 30       |                          |    |
| feirza 1/20              | 89                    | FLUOXETINE HCL                 | 61                           | gallifrey                   | 89       |                          |    |
| felbamate                | 50                    | FLUOXETINE HCL (PMDD)          | 61                           | GAMMAGARD                   | 25       |                          |    |
| felodipine er            | 39                    | fluphenazine decanoate         | 61                           | GAMMAGARD S/D LESS IGA      | 25       |                          |    |
| FEMRING                  | 92                    | FLUPHENAZINE HCL               | 62                           | GAMMAKED                    | 25       |                          |    |
| fenofibrate              | 36                    | flurbiprofen                   | 46                           | GAMMAPLEX                   | 25       |                          |    |
| fenofibrate micronized   | 36                    | FLURBIPROFEN SODIUM            | 75                           | GAMUNEX-C                   | 25       |                          |    |
| fenofibric acid          | 36                    | fluticasone propionate         | 75,107                       | GARDASIL 9                  | 26       |                          |    |
| fenoprofen calcium       | 46                    | FLUTICASONE PROPIONATE         |                              | gatifloxacin                | 73       |                          |    |
| fentanyl                 | 46                    | DISKUS                         | 75                           | GATTEX                      | 80       |                          |    |
| FERRIPROX                | 81                    | FLUTICASONE PROPIONATE         |                              | GAVILYTE-C                  | 79       |                          |    |
| fesoterodine fumarate er | 111                   | HFA                            | 75                           | gavilyte-g                  | 79       |                          |    |
| FETZIMA                  | 61                    | fluticasone-salmeterol         | 32                           | gavilyte-n with flavor pack | 79       |                          |    |
| FETZIMA TITRATION        | 61                    | FLUTICASONE-                   |                              | GAVRETO                     | 17       |                          |    |
| FIASP                    | 83                    | SALMETEROL                     | 32                           | gefitinib                   | 17       |                          |    |
| FIASP FLEXTOUCH          | 83                    | fluvastatin sodium             | 36                           | gemfibrozil                 | 37       |                          |    |
| FIASP PENFILL            | 83                    | fluvoxamine maleate            | 62                           | generlac                    | 67       |                          |    |
| FILSPARI                 | 101                   | fluvoxamine maleate er         | 62                           | gengraf                     | 101      |                          |    |
| FILSUVEZ                 | 109                   | FML FORTE                      | 75                           | GENOTROPIN                  | 96       |                          |    |
| FINACEA                  | 109                   | FOLATEXCEL                     | 115                          | GENOTROPIN MINISQUICK       | 95       |                          |    |
| finasteride              | 97                    | fondaparinux sodium            | 35                           | GENTAMICIN IN SALINE        | 5        |                          |    |
| ingolimod hcl            | 100                   | formoterol fumarate            | 32                           | gentamicin sulfate          | 5,73,105 |                          |    |
| FINTEPLA                 | 50                    | fosamprenavir calcium          | 11                           | GENVOYA                     | 11       |                          |    |
| FIRDAPSE                 | 102                   | fosfomycin tromethamine        | 14                           | GILOTRIF                    | 17       |                          |    |
| FIRMAGON                 | 93                    | fosinopril sodium              | 42                           | glatiramer acetate          | 100      |                          |    |
| FIRMAGON (240 MG DOSE)   | 93                    | fosinopril sodium-hctz         | 42                           | glatopa                     | 100      |                          |    |
| FIRVANQ                  | 4                     | FOTIVDA                        | 17                           | GLEOSTINE                   | 17       |                          |    |
| FLAREX                   | 75                    | frovatriptan succinate         | 53                           | glimepiride                 | 83       |                          |    |
| flavoxate hcl            | 111                   | FRUZAQLA                       | 17                           | glipizide                   | 83       |                          |    |
| flecainide acetate       | 41                    | FULPHILA                       | 33                           | glipizide er                | 83       |                          |    |

H

|                               |       |                                   |       |                                     |    |
|-------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|-------------------------------------|----|
| isotretinoin.....             | 109   | KERENDIA.....                     | 42    | lamotrigine starter kit-blue.....   | 51 |
| isradipine.....               | 39    | ketoconazole.....                 | 7,105 | lamotrigine starter kit-green.....  | 51 |
| ISTURISA.....                 | 102   | ketorolac tromethamine.....       | 75    | lamotrigine starter kit-orange..... | 51 |
| ITOVEBI.....                  | 18    | KEVEYIS.....                      | 98    | LAMPIT.....                         | 9  |
| itraconazole.....             | 7     | KINRIX.....                       | 26    | lansoprazole.....                   | 78 |
| ivabradine hcl.....           | 41    | kionex.....                       | 70    | LANTUS.....                         | 85 |
| ivermectin.....               | 1,105 | KISQALI (200 MG DOSE).....        | 18    | LANTUS SOLOSTAR.....                | 85 |
| IWILFIN.....                  | 18    | KISQALI (400 MG DOSE).....        | 18    | lapatinib ditosylate.....           | 18 |
| IXIARO.....                   | 27    | KISQALI (600 MG DOSE).....        | 18    | latanoprost.....                    | 76 |
| <b>J</b>                      |       | KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)..... | 18    | LAZCLUZE.....                       | 18 |
|                               |       | KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)..... | 18    | LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR.....          | 11 |
| jaimiess.....                 | 89    | KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)..... | 18    | leflunomide.....                    | 99 |
| JAKAFI.....                   | 18    | klayesta.....                     | 106   | lenalidomide.....                   | 18 |
| jantoven.....                 | 114   | klor-con.....                     | 71    | LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....     | 18 |
| JANUMET.....                  | 84    | klor-con 10.....                  | 71    | LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....     | 18 |
| JANUMET XR.....               | 84    | klor-con m10.....                 | 71    | LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....     | 19 |
| JANUVIA.....                  | 85    | klor-con m15.....                 | 71    | LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....     | 19 |
| JARDIANCE.....                | 85    | klor-con m20.....                 | 71    | LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....     | 19 |
| jasmiel.....                  | 89    | KLOXXADO.....                     | 58    | LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....     | 19 |
| JAYPIRCA.....                 | 18    | KOSELUGO.....                     | 18    | LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....      | 19 |
| JENTADUETO.....               | 85    | KOSHER PRENATAL PLUS IRON.....    | 116   | LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....      | 19 |
| JENTADUETO XR.....            | 85    | kourzeq.....                      | 75    | lessina.....                        | 89 |
| jinteli.....                  | 89    | KRAZATI.....                      | 18    | letrozole.....                      | 93 |
| JUBBONTI.....                 | 98    | KRINTAFEL.....                    | 9     | leucovorin calcium.....             | 97 |
| JULUCA.....                   | 11    | kristalose.....                   | 67    | LEUKERAN.....                       | 19 |
| junel 1.5/30.....             | 89    | <b>L</b>                          |       | LEUKINE.....                        | 34 |
| junel 1/20.....               | 89    |                                   |       | leuprolide acetate.....             | 94 |
| junel fe 1.5/30.....          | 89    | l-glutamine.....                  | 102   | LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH).....   | 94 |
| junel fe 1/20.....            | 89    | labetalol hcl.....                | 38    | levalbuterol hcl.....               | 32 |
| junel fe 24.....              | 89    | lacosamide.....                   | 50    | LEVALBUTEROL TARTRATE.....          | 32 |
| JUXTAPID.....                 | 37    | lactulose.....                    | 67    | levetiracetam.....                  | 51 |
| JYNNEOS.....                  | 27    | lactulose encephalopathy.....     | 67    | levetiracetam er.....               | 51 |
| <b>K</b>                      |       | LAMICTAL ODT.....                 | 50    |                                     |    |
|                               |       | lamivudine.....                   | 11    |                                     |    |
| KALETRA.....                  | 11    | lamivudine-zidovudine.....        | 11    |                                     |    |
| KALYDECO.....                 | 103   | lamotrigine.....                  | 50,51 |                                     |    |
| kariva.....                   | 89    | lamotrigine er.....               | 51    |                                     |    |
| kcl in dextrose-nacl.....     | 71    |                                   |       |                                     |    |
| KCL-LACTATED RINGERS-D5W..... | 71    |                                   |       |                                     |    |
| kelnor 1/35.....              | 89    |                                   |       |                                     |    |

|                                        |     |                                     |     |                                  |       |
|----------------------------------------|-----|-------------------------------------|-----|----------------------------------|-------|
| LEVOBUNOLOL HCL.....                   | 76  | LORBRENA.....                       | 19  | MARATHON MEDICAL                 |       |
| levocetirizine dihydrochloride         | 14  | loryna.....                         | 90  | PENTIPS.....                     | 113   |
| levofloxacin.....                      | 5   | losartan potassium.....             | 43  | maraviroc.....                   | 11    |
| LEVOFLOXACIN.....                      | 73  | losartan potassium-hctz.....        | 43  | marlissa.....                    | 90    |
| levofloxacin in d5w.....               | 5   | LOTEMAX.....                        | 75  | MARPLAN.....                     | 63    |
| levonest.....                          | 89  | LOTEMAX SM.....                     | 75  | MATERVIA.....                    | 116   |
| levonorg-eth estrad triphasic.....     | 89  | loteprednol etabonate.....          | 75  | MATULANE.....                    | 19    |
| levonorgest-eth estrad 91-<br>day..... | 89  | lovastatin.....                     | 37  | matzim la.....                   | 39    |
| levonorgestrel-ethinyl estrad.....     | 90  | loxapine succinate.....             | 63  | MAVYRET.....                     | 11    |
| levora 0.15/30 (28).....               | 90  | lubiprostone.....                   | 80  | MAXIDEX.....                     | 75    |
| levothyroxine sodium.....              | 96  | LUMAKRAS.....                       | 19  | MECLOFENAMATE SODIUM.....        | 46    |
| levoxyl.....                           | 96  | LUMIGAN.....                        | 76  | medroxyprogesterone acetate..... | 95    |
| lidocaine.....                         | 110 | LUPKYNIS.....                       | 101 | mefloquine hcl.....              | 9     |
| lidocaine viscous hcl.....             | 110 | LUPRON DEPOT (1-MONTH).....         | 94  | megestrol acetate.....           | 95    |
| lidocaine-prilocaine.....              | 110 | LUPRON DEPOT (3-MONTH).....         | 94  | MEKINIST.....                    | 19,20 |
| lidocan.....                           | 110 | LUPRON DEPOT (4-MONTH).....         | 94  | MEKTOVI.....                     | 20    |
| LILETTA (52 MG).....                   | 90  | LUPRON DEPOT (6-MONTH).....         | 94  | meleya.....                      | 90    |
| linezolid.....                         | 5   | LUPRON DEPOT-PED (1-<br>MONTH)..... | 94  | meloxicam.....                   | 46    |
| LINZESS.....                           | 80  | LUPRON DEPOT-PED (3-<br>MONTH)..... | 94  | memantine hcl.....               | 57    |
| liothyronine sodium.....               | 96  | lurasidone hcl.....                 | 63  | memantine hcl er.....            | 57    |
| lisdexamfetamine dimesylate.....       | 47  | luteria.....                        | 90  | MENQUADFI.....                   | 27    |
| lisinopril.....                        | 42  | LYBALVI.....                        | 63  | MENVEO.....                      | 27    |
| lisinopril-hydrochlorothiazide.....    | 43  | lyleq.....                          | 90  | mercaptopurine.....              | 20    |
| lithium.....                           | 63  | lyllana.....                        | 93  | meropenem.....                   | 5     |
| lithium carbonate.....                 | 63  | LYNPARZA.....                       | 19  | merzee.....                      | 90    |
| lithium carbonate er.....              | 63  | LYSODREN.....                       | 19  | mesalamine.....                  | 77    |
| livixil pak.....                       | 110 | LYTGOBI (12 MG DAILY<br>DOSE).....  | 19  | mesalamine er.....               | 77    |
| LIVTENCITY.....                        | 11  | LYTGOBI (16 MG DAILY<br>DOSE).....  | 19  | mesna.....                       | 102   |
| LO LOESTRIN FE.....                    | 90  | LYTGOBI (20 MG DAILY<br>DOSE).....  | 19  | metaxalone.....                  | 30    |
| loestrin 1.5/30 (21).....              | 90  |                                     |     | metformin hcl.....               | 85    |
| loestrin 1/20 (21).....                | 90  |                                     |     | metformin hcl er.....            | 85    |
| loestrin fe 1.5/30.....                | 90  |                                     |     | methadone hcl.....               | 46    |
| loestrin fe 1/20.....                  | 90  |                                     |     | methazolamide.....               | 76    |
| lofexidine hcl.....                    | 32  |                                     |     | methenamine hippurate.....       | 14    |
| LOKELMA.....                           | 70  | <b>M</b>                            |     | methimazole.....                 | 96    |
| LONSURF.....                           | 19  | M-M-R II.....                       | 27  | methocarbamol.....               | 30    |
| loperamide hcl.....                    | 78  | M-NATAL PLUS.....                   | 116 | METHOTREXATE SODIUM.....         | 20    |
| lopinavir-ritonavir.....               | 11  | MAGELLAN INSULIN SAFETY<br>SYR..... | 112 | methotrexate sodium.....         | 20    |
| lorazepam.....                         | 57  | magnesium sulfate.....              | 51  | methotrexate sodium (pf).....    | 20    |
| lorazepam intensol.....                | 57  |                                     |     | METHOXSALLEN RAPID.....          | 109   |
|                                        |     |                                     |     | methscopolamine bromide.....     | 29    |

|                                   |        |                                     |                                     |     |
|-----------------------------------|--------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----|
| methsuximide.....                 | 51     | MONOJECT ULTRA COMFORT              | nebivolol hcl.....                  | 38  |
| methylphenidate.....              | 48     | SYRINGE.....                        | necon 0.5/35 (28).....              | 90  |
| methylphenidate hcl.....          | 48     | montelukast sodium.....             | NEFAZODONE HCL.....                 | 63  |
| methylphenidate hcl er.....       | 48     | morphine sulfate.....               | NEO-VITAL RX.....                   | 116 |
| methylphenidate hcl er (cd).....  | 48     | morphine sulfate er.....            | NEOMATERNA.....                     | 116 |
| methylphenidate hcl er (la).....  | 48     | MOUNJARO.....                       | neomycin sulfate.....               | 5   |
| methylphenidate hcl er (osm)..... | 48     | MOVANTIK.....                       | neomycin-bacitracin zn-             |     |
| methylprednisolone.....           | 82     | moxifloxacin hcl.....               | polymyx.....                        | 73  |
| metoclopramide hcl.....           | 80     | MOXIFLOXACIN HCL IN                 | neomycin-polymyxin-dexameth         | 73  |
| METOCLOPRAMIDE HCL.....           | 80     | NACL.....                           | NEOMYCIN-POLYMYXIN-                 |     |
| metolazone.....                   | 69     | MRESVIA.....                        | GRAMICIDIN.....                     | 73  |
| metoprolol succinate er.....      | 38     | MULPLETA.....                       | neomycin-polymyxin-hc.....          | 74  |
| metoprolol tartrate.....          | 38     | MULTI-MAC.....                      | NEONATAL + DHA.....                 | 116 |
| metoprolol-                       |        | MULTIPLE ELECTRO TYPE 1             | NEONATAL COMPLETE.....              | 116 |
| hydrochlorothiazide.....          | 38     | PH 5.5.....                         | NEONATAL PLUS.....                  | 116 |
| metronidazole.....                | 9,106  | multiple electro type 1 ph 7.4..... | NERLYNX.....                        | 20  |
| metyrosine.....                   | 102    | mupirocin.....                      | NESTABS.....                        | 116 |
| mexiletine hcl.....               | 41     | mupirocin calcium.....              | NESTABS DHA.....                    | 116 |
| micafungin sodium.....            | 7      | MYALEPT.....                        | NEULASTA.....                       | 34  |
| MICONAZOLE 3.....                 | 106    | mycophenolate mofetil.....          | NEUPOGEN.....                       | 34  |
| microgestin 1.5/30.....           | 90     | mycophenolate sodium.....           | nevirapine.....                     | 11  |
| microgestin 1/20.....             | 90     | mycophenolic acid.....              | NEVIRAPINE.....                     | 11  |
| microgestin fe 1.5/30.....        | 90     | MYFEMBREE.....                      | nevirapine er.....                  | 11  |
| microgestin fe 1/20.....          | 90     | MYRBETRIQ.....                      | NEXLETOL.....                       | 37  |
| midodrine hcl.....                | 32     | <b>N</b>                            | NEXLIZET.....                       | 37  |
| mifepristone.....                 | 85     |                                     | NEXPLANON.....                      | 90  |
| MIGLITOL.....                     | 85     | na sulfate-k sulfate-mg sulf.....   | niacin er (antihyperlipidemic)..... | 37  |
| mili.....                         | 90     | nabumetone.....                     | nicardipine hcl.....                | 39  |
| mimvey.....                       | 90     | nadolol.....                        | NICOTROL NS.....                    | 29  |
| minocycline hcl.....              | 5      | nafcillin sodium.....               | nifedipine.....                     | 39  |
| minoxidil.....                    | 41     | nafrinse.....                       | nifedipine er.....                  | 40  |
| mirtazapine.....                  | 63     | naftifine hcl.....                  | nifedipine er osmotic release.....  | 40  |
| misoprostol.....                  | 78     | naloxone hcl.....                   | nilotinib hcl.....                  | 20  |
| modafinil.....                    | 48     | naltrexone hcl.....                 | nilutamide.....                     | 20  |
| MODEYSO.....                      | 20     | naproxen.....                       | nimodipine.....                     | 40  |
| moexipril hcl.....                | 43     | naproxen sodium.....                | NIMODIPINE.....                     | 41  |
| MOLINDONE HCL.....                | 63     | naratriptan hcl.....                | NINLARO.....                        | 20  |
| mometasone furoate.....           | 75,108 | NATACHEW.....                       | nisoldipine er.....                 | 40  |
| MONOJECT INSULIN                  |        | NATALVIT.....                       | nitazoxanide.....                   | 9   |
| SYRINGE.....                      | 113    | nateglinide.....                    | nitisinone.....                     | 102 |
|                                   |        | NAYZILAM.....                       | NITRO-BID.....                      | 44  |

|                                   |     |                                 |         |                                     |       |
|-----------------------------------|-----|---------------------------------|---------|-------------------------------------|-------|
| nitrofurantoin.....               | 14  | NOXAFIL.....                    | 7       | ondansetron hcl.....                | 78    |
| nitrofurantoin macrocrystal.....  | 14  | NUBEQA.....                     | 20      | ONUREG.....                         | 20    |
| nitrofurantoin monohyd            |     | NUPLAZID.....                   | 63      | OPIPZA.....                         | 64    |
| macro.....                        | 14  | NURTEC.....                     | 54      | OPSUMIT.....                        | 104   |
| nitroglycerin.....                | 44  | NUTRILIPID.....                 | 68      | ORFADIN.....                        | 102   |
| NITROLINGUAL.....                 | 44  | NUZYRA.....                     | 5       | ORGOVYX.....                        | 94    |
| NITYR.....                        | 102 | nyamyc.....                     | 106     | ORIAHNN.....                        | 93    |
| NIVESTYM.....                     | 34  | nylia 1/35.....                 | 91      | ORILISSA.....                       | 94    |
| NIZATIDINE.....                   | 78  | nylia 7/7/7.....                | 91      | ORKAMBI.....                        | 104   |
| norelgestromin-eth estradiol..... | 90  | NYMALIZE.....                   | 42      | ORLADEYO.....                       | 98    |
| norethin ace-eth estrad-fe.....   | 90  | nystatin.....                   | 7,8,106 | orquidea.....                       | 91    |
| norethindron-ethinyl estrad-      |     | nystatin-triamcinolone.....     | 106     | ORSERDU.....                        | 20,21 |
| fe.....                           | 90  | nystop.....                     | 106     | oseltamivir phosphate.....          | 11,12 |
| norethindrone.....                | 90  | NYVEPRIA.....                   | 34      | OSPHERA.....                        | 93    |
| norethindrone acet-ethinyl        |     |                                 |         | oxcarbazepine.....                  | 51    |
| est.....                          | 91  | <b>O</b>                        |         | oxcarbazepine er.....               | 51    |
| norethindrone acetate.....        | 91  | OB COMPLETE ONE.....            | 116     | oxiconazole nitrate.....            | 106   |
| norethindrone-eth estradiol.....  | 91  | OB COMPLETE PETITE.....         | 116     | oxybutynin chloride.....            | 111   |
| norgestim-eth estrad              |     | OB COMPLETE PREMIER.....        | 116     | oxybutynin chloride er.....         | 111   |
| triphasic.....                    | 91  | OB COMPLETE/DHA.....            | 116     | oxycodone hcl.....                  | 47    |
| norgestimate-eth estradiol.....   | 91  | OBSTETRIX EC (WITH              |         | oxycodone-acetaminophen.....        | 47    |
| NORPACE CR.....                   | 41  | DOCUSATE).....                  | 116     |                                     |       |
| nortrel 0.5/35 (28).....          | 91  | OCTAGAM.....                    | 25      | <b>P</b>                            |       |
| nortrel 1/35 (21).....            | 91  | octreotide acetate.....         | 95      | pacerone.....                       | 41    |
| nortrel 1/35 (28).....            | 91  | ODEFSEY.....                    | 11      | paliperidone er.....                | 64    |
| nortrel 7/7/7.....                | 91  | ODOMZO.....                     | 20      | PALYNZIQ.....                       | 72    |
| nortriptyline hcl.....            | 63  | OFEV.....                       | 103     | PANRETIN.....                       | 109   |
| NORVIR.....                       | 11  | ofloxacin.....                  | 5,74    | pantoprazole sodium.....            | 79    |
| NOVOLOG.....                      | 85  | OGSIVEO.....                    | 20      | paricalcitol.....                   | 115   |
| NOVOLOG 70/30 FLEXPEN             |     | OJEMDA.....                     | 20      | paroxetine hcl.....                 | 64    |
| RELION.....                       | 85  | OJJAARA.....                    | 20      | PAROXETINE HCL.....                 | 64    |
| NOVOLOG FLEXPEN.....              | 85  | olanzapine.....                 | 63,64   | paroxetine hcl er.....              | 64    |
| NOVOLOG FLEXPEN                   |     | olanzapine-fluoxetine hcl.....  | 64      | PAXLOVID.....                       | 12    |
| RELION.....                       | 85  | olmesartan medoxomil.....       | 43      | PAXLOVID (150/100).....             | 12    |
| NOVOLOG MIX 70/30.....            | 86  | olmesartan medoxomil-hctz.....  | 43      | PAXLOVID (300/100).....             | 12    |
| NOVOLOG MIX 70/30                 |     | olmesartan-amlodipine-hctz..... | 40      | pazopanib hcl.....                  | 21    |
| FLEXPEN.....                      | 86  | olopatadine hcl.....            | 76      | PEDIARIX.....                       | 26    |
| NOVOLOG MIX 70/30                 |     | omega-3-acid ethyl esters.....  | 37      | PEDVAX HIB.....                     | 27    |
| RELION.....                       | 86  | omeprazole.....                 | 78      | peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....    | 79    |
| NOVOLOG PENFILL.....              | 86  | OMNITROPE.....                  | 95,96   | peg-3350/electrolytes.....          | 79    |
| NOVOLOG RELION.....               | 86  | ondansetron.....                | 78      | peg-3350/electrolytes/ascorbat..... | 79    |

|                                |       |                             |     |                       |        |
|--------------------------------|-------|-----------------------------|-----|-----------------------|--------|
| peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c.  | 79    | PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)  | 21  | prednisolone          | 82     |
| PEGASYS                        | 12    | PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)  | 21  | prednisolone acetate  | 75     |
| PEMAZYRE                       | 21    | PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)  | 21  | PREDNISOLONE SODIUM   |        |
| PEN NEEDLES                    | 113   | PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)  | 21  | PHOSPHATE             | 76,114 |
| PENBRAYA                       | 27    | PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)  | 21  | prednisolone sodium   |        |
| penicillamine                  | 81    | pirfenidone                 | 103 | phosphate             | 82     |
| PENICILLIN G POT IN            |       | PIRFENIDONE                 | 103 | prednisone            | 82     |
| DEXTROSE                       | 5     | piroxicam                   | 47  | PREDNISONE            | 82     |
| penicillin g potassium         | 5     | pitavastatin calcium        | 37  | PREDNISONE INTENSOL   | 82     |
| PENICILLIN G SODIUM            | 5     | PLASMA-LYTE 148             | 71  | pregabalin            | 52     |
| penicillin v potassium         | 6     | PLASMA-LYTE A               | 71  | PREGEN DHA            | 117    |
| PENMENVY                       | 27    | plenamine                   | 69  | PREGENNA              | 117    |
| PENTACEL                       | 26    | PNV 27-CA/FE/FA             | 116 | PREMARIN              | 93     |
| pentamidine isethionate        | 9     | PNV PRENATAL PLUS           |     | PREMASOL              | 69     |
| PENTIPS                        | 113   | MULTIVIT+DHA                | 116 | PREMPHASE             | 93     |
| pentoxifylline er              | 114   | PNV TABS 20-1               | 116 | PREMPRO               | 93     |
| perampanel                     | 51    | PNV TABS 29-1               | 116 | PRENA 1 TRUE          | 117    |
| PERINDOPRIL ERBUMINE           | 43    | PNV-DHA+DOCUSATE            | 117 | PRENA1                | 117    |
| periogard                      | 74    | PNV-SELECT                  | 117 | PRENA1 PEARL          | 117    |
| permethrin                     | 106   | PODOFILOX                   | 109 | PRENAISSANCE          | 117    |
| perphenazine                   | 64    | polymyxin b-trimethoprim    | 14  | PRENAISSANCE PLUS     | 117    |
| PERSERIS                       | 64    | POMALYST                    | 21  | PRENATAL              | 117    |
| phenelzine sulfate             | 64    | portia-28                   | 91  | PRENATAL 19           | 117    |
| phenobarbital                  | 51    | posaconazole                | 8   | PRENATAL PLUS         | 117    |
| phenoxybenzamine hcl           | 31    | potassium chloride          | 71  | PRENATAL PLUS IRON    | 117    |
| phenytek                       | 51    | potassium chloride crys er  | 72  | PRENATAL PLUS         |        |
| phenytoin                      | 52    | potassium chloride er       | 72  | VITAMIN/MINERAL       | 117    |
| phenytoin infatabs             | 52    | potassium chloride in       |     | PRENATAL VITAMIN PLUS |        |
| phenytoin sodium extended      | 52    | dextrose                    | 72  | LOW IRON              | 117    |
| PHEXXI                         | 102   | potassium chloride in nacl  | 72  | PRENATE DHA           | 117    |
| PIFELTRO                       | 12    | potassium citrate er        | 72  | PRENATE ELITE         | 117    |
| pilocarpine hcl                | 30,77 | POTASSIUM CL IN DEXTROSE    |     | PRENATE ENHANCE       | 117    |
| pimecrolimus                   | 109   | 5%                          | 72  | PRENATE MINI          | 117    |
| PIMOZIDE                       | 64    | pramipexole dihydrochloride | 55  | PRENATE PIXIE         | 117    |
| pindolol                       | 38    | pramipexole dihydrochloride |     | PRENATE RESTORE       | 118    |
| pioglitazone hcl               | 86    | er                          | 55  | PRENATRIX             | 118    |
| pioglitazone hcl-glimepiride   | 86    | prasugrel hcl               | 35  | PRENATRYL             | 118    |
| pioglitazone hcl-metformin     |       | pravastatin sodium          | 37  | PRENATVITE COMPLETE   | 118    |
| hcl                            | 86    | praziquantel                | 1   | PRENATVITE PLUS       | 118    |
| piperacillin sod-tazobactam so | 6     | prazosin hcl                | 36  | PREPLUS               | 118    |
|                                |       |                             |     | PRETAB                | 118    |

|                               |     |                                |     |                                  |     |
|-------------------------------|-----|--------------------------------|-----|----------------------------------|-----|
| PRETOMANID.....               | 8   | prucalopride succinate.....    | 80  | RETACRIT.....                    | 34  |
| prevalite.....                | 37  | PULMOZYME.....                 | 104 | RETEVMO.....                     | 21  |
| PREVYMIS.....                 | 12  | pyrazinamide.....              | 8   | REVCОВI.....                     | 73  |
| PREZCOBIX.....                | 12  | pyridostigmine bromide.....    | 30  | REVUFORJ.....                    | 21  |
| PREZISTA.....                 | 12  | pyridostigmine bromide er..... | 30  | REXULTI.....                     | 65  |
| PRIFTIN.....                  | 8   | pyrimethamine.....             | 9   | REYATAZ.....                     | 12  |
| prilovix.....                 | 110 | PYRUKYND.....                  | 102 | REYVOW.....                      | 54  |
| prilovix lite.....            | 110 | PYRUKYND TAPER PACK.....       | 102 | REZDIFFRA.....                   | 80  |
| prilovix lite plus.....       | 110 | PYZCHIVA.....                  | 99  | REZLIDHIA.....                   | 22  |
| prilovix plus.....            | 111 | <b>Q</b>                       |     | REZUROCK.....                    | 101 |
| prilovix ultralite.....       | 111 |                                |     | RHOPRESSA.....                   | 77  |
| prilovix ultralite plus.....  | 111 | QELBREE.....                   | 58  | RIBAVIRIN.....                   | 12  |
| PRIMACARE.....                | 118 | QINLOCK.....                   | 21  | RIDAURA.....                     | 99  |
| primaquine phosphate.....     | 9   | QUADRACEL.....                 | 26  | rifabutin.....                   | 8   |
| PRIMIDONE.....                | 52  | quetiapine fumarate.....       | 65  | rifampin.....                    | 8   |
| primidone.....                | 52  | quetiapine fumarate er.....    | 65  | riluzole.....                    | 58  |
| PRIORIX.....                  | 27  | quinapril hcl.....             | 43  | risedronate sodium.....          | 98  |
| PRIVIGEN.....                 | 25  | QUINIDINE SULFATE.....         | 41  | risperidone.....                 | 65  |
| PRO COMFORT PEN               |     | quinine sulfate.....           | 9   | RISPERIDONE.....                 | 65  |
| NEEDLES.....                  | 113 | QULIPTA.....                   | 54  | risperidone microspheres er..... | 65  |
| probenecid.....               | 72  | <b>R</b>                       |     | ritonavir.....                   | 12  |
| prochlorperazine.....         | 64  |                                |     | rivastigmine.....                | 30  |
| prochlorperazine maleate..... | 64  | RABAVERT.....                  | 27  | rivastigmine tartrate.....       | 30  |
| procto-med hc.....            | 108 | rabeprazole sodium.....        | 79  | rizatriptan benzoate.....        | 54  |
| proctosol hc.....             | 108 | RADICAVA ORS.....              | 58  | ROCKLATAN.....                   | 77  |
| proctozone-hc.....            | 108 | RADICAVA ORS STARTER           |     | roflumilast.....                 | 111 |
| progesterone.....             | 95  | KIT.....                       | 58  | ROMVIMZA.....                    | 22  |
| PROGRAF.....                  | 101 | RALDESY.....                   | 65  | ropinirole hcl.....              | 55  |
| PROLASTIN-C.....              | 32  | raloxifene hcl.....            | 93  | ropinirole hcl er.....           | 55  |
| promethazine hcl.....         | 14  | ramelteon.....                 | 57  | rosuvastatin calcium.....        | 37  |
| PROMETHEGAN.....              | 14  | ramipril.....                  | 43  | ROTARIX.....                     | 27  |
| propafenone hcl.....          | 41  | ranolazine er.....             | 41  | ROTATEQ.....                     | 27  |
| propafenone hcl er.....       | 41  | rasagiline mesylate.....       | 55  | ROWASA.....                      | 77  |
| propranolol hcl.....          | 38  | RASUVO.....                    | 21  | ROZLYTREK.....                   | 22  |
| PROPRANOLOL HCL.....          | 38  | reclipsen.....                 | 91  | RUBRACA.....                     | 22  |
| propranolol hcl er.....       | 38  | RECOMBIVAX HB.....             | 27  | rufinamide.....                  | 52  |
| propylthiouracil.....         | 96  | RELENZA DISKHALER.....         | 12  | RUKOBIA.....                     | 12  |
| PROQUAD.....                  | 27  | RELEUKO.....                   | 34  | RYDAPT.....                      | 22  |
| PROSOL.....                   | 69  | repaglinide.....               | 86  | RYTARY.....                      | 55  |
| protriptyline hcl.....        | 64  | REPATHA.....                   | 37  |                                  |     |
| PROVIDA OB.....               | 118 | REPATHA SURECLICK.....         | 37  |                                  |     |

|                                  |     |                               |                            |                                   |         |
|----------------------------------|-----|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|---------|
| <b>S</b>                         |     | SOFOSBUVIR-                   | sumatriptan succinate..... | 54                                |         |
|                                  |     | VELPATASVIR.....              | 13                         | sumatriptan succinate refill..... | 54      |
| sacubitril-valsartan.....        | 43  | SOHONOS.....                  | 30                         | sunitinib malate.....             | 22      |
| SAFYRAL.....                     | 91  | solifenacin succinate.....    | 111                        | SUNLENCA.....                     | 13      |
| SANTYL.....                      | 109 | SOLQUA.....                   | 86                         | SUNOSI.....                       | 58      |
| sapropterin dihydrochloride..... | 102 | SOLTAMOX.....                 | 93                         | SUPREP BOWEL PREP KIT.....        | 79      |
| saxagliptin hcl.....             | 86  | SOMAVERT.....                 | 96                         | SURE COMFORT PEN                  |         |
| saxagliptin-metformin er.....    | 86  | sorafenib tosylate.....       | 22                         | NEEDLES.....                      | 113     |
| SCSEMBLIX.....                   | 22  | sotalol hcl.....              | 38                         | SUTAB.....                        | 79      |
| scopolamine.....                 | 29  | sotalol hcl (af).....         | 38                         | SYMLINPEN 120.....                | 87      |
| SE-NATAL 19.....                 | 118 | SPINOSAD.....                 | 106                        | SYMLINPEN 60.....                 | 87      |
| SECUADO.....                     | 65  | SPIRIVA HANDIHALER.....       | 29                         | SYMPAZAN.....                     | 52      |
| SEGLUROMET.....                  | 86  | SPIRIVA RESPIMAT.....         | 29                         | SYMPROIC.....                     | 80      |
| SELARSDI.....                    | 99  | spironolactone.....           | 43                         | SYMTUZA.....                      | 13      |
| SELECT-OB.....                   | 118 | spironolactone-hctz.....      | 43                         | SYNAREL.....                      | 94      |
| SELECT-OB+DHA.....               | 118 | sprintec 28.....              | 91                         | SYNJARDY.....                     | 87      |
| selegiline hcl.....              | 55  | SPRITAM.....                  | 52                         | SYNJARDY XR.....                  | 87      |
| SELZENTRY.....                   | 12  | SPS (SODIUM POLYSTYRENE       |                            | SYNTHROID.....                    | 96      |
| SEREVENT DISKUS.....             | 32  | SULF).....                    | 70                         | <b>T</b>                          |         |
| sertraline hcl.....              | 65  | sronyx.....                   | 91                         | TABLOID.....                      | 22      |
| SHINGRIX.....                    | 27  | ssd.....                      | 106                        | TABRECTA.....                     | 22      |
| SIGNIFOR.....                    | 95  | STEGLATRO.....                | 87                         | tacrolimus.....                   | 101,109 |
| sildenafil citrate.....          | 44  | STELARA.....                  | 99                         | tadalafil.....                    | 44      |
| silodosin.....                   | 31  | STIMUFEND.....                | 34                         | tadalafil (pah).....              | 44      |
| silver sulfadiazine.....         | 106 | STIOLTO RESPIMAT.....         | 29                         | TADLIQ.....                       | 44      |
| SIMBRINZA.....                   | 77  | STIVARGA.....                 | 22                         | TAFINLAR.....                     | 22      |
| simvastatin.....                 | 37  | STREPTOMYCIN SULFATE.....     | 6                          | TAGRISSO.....                     | 22      |
| sirolimus.....                   | 101 | STRIBILD.....                 | 13                         | TALTZ.....                        | 99      |
| SIRTURO.....                     | 8   | STRIVERDI RESPIMAT.....       | 32                         | TALZENNA.....                     | 22      |
| SITAGLIPT BASE-METFORM           |     | SUCRAID.....                  | 73                         | tamoxifen citrate.....            | 93      |
| HCL ER.....                      | 86  | sucralfate.....               | 79                         | tamsulosin hcl.....               | 31      |
| SITAGLIPTIN.....                 | 86  | SUFLAVE.....                  | 79                         | tarina 24 fe.....                 | 91      |
| SITAGLIPTIN BASE-                |     | sulfacetamide sodium.....     | 74                         | TARPEYO.....                      | 82      |
| METFORMIN HCL.....               | 86  | sulfacetamide sodium (acne)   | 106                        | tasimelteon.....                  | 57      |
| SIVEXTRO.....                    | 6   | SULFACETAMIDE-                |                            | TAVALISSE.....                    | 114     |
| sodium chloride.....             | 72  | PREDNISOLONE.....             | 74                         | TAVNEOS.....                      | 98      |
| SODIUM CHLORIDE.....             | 72  | sulfadiazine.....             | 6                          | tazarotene.....                   | 110     |
| sodium chloride (pf).....        | 72  | sulfamethoxazole-trimethoprim | 6                          | TAZVERIK.....                     | 22      |
| SODIUM FLUORIDE.....             | 118 | sulfasalazine.....            | 6                          | TEFLARO.....                      | 6       |
| sodium phenylbutyrate.....       | 68  | sulindac.....                 | 47                         | telmisartan.....                  | 43      |
| sodium polystyrene sulfonate     | 70  | sumatriptan.....              | 54                         |                                   |         |

|                               |                    |                          |           |                      |     |
|-------------------------------|--------------------|--------------------------|-----------|----------------------|-----|
| TELMISARTAN-                  | tobramycin sulfate | 6                        | triazolam | 57                   |     |
| AMLODIPINE                    | 40                 | tobramycin-dexamethasone | 74        | TRICARE              | 118 |
| telmisartan-hctz              | 43                 | TOBREX                   | 74        | tridacaine ii        | 111 |
| temazepam                     | 57                 | tolterodine tartrate     | 111       | tridacaine iii       | 111 |
| TENIVAC                       | 26                 | tolterodine tartrate er  | 111       | triderm              | 108 |
| tenofovir disoproxil fumarate | 13                 | tolvaptan                | 69        | TRIENTINE HCL        | 81  |
| TEPMETKO                      | 22                 | TOLVAPTAN                | 69        | trifluoperazine hcl  | 66  |
| terazosin hcl                 | 36                 | topiramate               | 52        | TRIFLURIDINE         | 74  |
| terbinafine hcl               | 8                  | toremifene citrate       | 93        | trihexyphenidyl hcl  | 55  |
| terbutaline sulfate           | 32                 | torpenz                  | 23        | TRIHEXYPHENIDYL HCL  | 56  |
| terconazole                   | 106                | torsemide                | 69        | TRIJARDY XR          | 87  |
| teriflunomide                 | 100                | TOUJEO MAX SOLOSTAR      | 87        | TRIKAFTA             | 104 |
| teriparatide                  | 98                 | TOUJEO SOLOSTAR          | 87        | trimethoprim         | 14  |
| testosterone                  | 82                 | TPN ELECTROLYTES         | 72        | trimipramine maleate | 66  |
| testosterone cypionate        | 83                 | TRADJENTA                | 87        | TRINATAL RX 1        | 118 |
| TESTOSTERONE                  |                    | tramadol hcl             | 47        | TRINATE              | 118 |
| ENANTHATE                     | 83                 | tramadol hcl er          | 47        | TRINAZ               | 118 |
| tetrabenazine                 | 67                 | tramadol-acetaminophen   | 47        | TRINTELLIX           | 66  |
| tetracycline hcl              | 6                  | trandolapril             | 43        | TRISTART DHA         | 118 |
| THALOMID                      | 100                | TRANOLAPRIL-VERAPAMIL    |           | TRIUMEQ              | 13  |
| theophylline er               | 112                | HCL ER                   | 40        | TRIUMEQ PD           | 13  |
| thioridazine hcl              | 65                 | tranexamic acid          | 35        | TROPHAMINE           | 69  |
| thiothixene                   | 65                 | tranylcypromine sulfate  | 65        | trospium chloride    | 111 |
| THRIVITE RX                   | 118                | TRAVASOL                 | 69        | trospium chloride er | 111 |
| tiadylt er                    | 40                 | trazodone hcl            | 66        | TRULICITY            | 87  |
| tiagabine hcl                 | 52                 | TRELEGY ELLIPTA          | 29        | TRUMENBA             | 27  |
| TIBSOVO                       | 22                 | TRELSTAR MIXJECT         | 94        | TRUQAP               | 23  |
| ticagrelor                    | 33,35              | tretinoin                | 23,110    | TUKYSA               | 23  |
| TICOVAC                       | 27                 | tretinoin microsphere    | 110       | TURALIO              | 23  |
| tigecycline                   | 6                  | TRETINOIN MICROSPHERE    |           | turqoz               | 91  |
| tilia fe                      | 91                 | PUMP                     | 110       | TWINRIX              | 27  |
| timolol maleate               | 38,77              | TREXALL                  | 23        | TYBOST               | 13  |
| timolol maleate ocudose       | 77                 | tri-estarylla            | 91        | TYENNE               | 99  |
| timolol maleate pf            | 77                 | tri-legest fe            | 91        | TYMLOS               | 98  |
| tinidazole                    | 9                  | tri-lo-estarylla         | 91        | TYPHIM VI            | 28  |
| TIROSINT-SOL                  | 97                 | tri-lo-sprintec          | 91        | TYRVAYA              | 76  |
| TIVICAY                       | 13                 | tri-sprintec             | 91        |                      |     |
| TIVICAY PD                    | 13                 | tri-vylibra lo           | 91        |                      |     |
| tizanidine hcl                | 30                 | triamcinolone acetonide  | 76,108    |                      |     |
| TOBRADEX                      | 74                 | triamterene              | 69        |                      |     |
| tobramycin                    | 6,74               | triamterene-hctz         | 69        |                      |     |

## U

|                                        |        |                                      |     |                                    |     |
|----------------------------------------|--------|--------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|
| ULTICARE INSULIN SAFETY SYR.....       | 113    | VENTOLIN HFA.....                    | 32  | VOSEVI.....                        | 13  |
| UPTRAVI.....                           | 104    | verapamil hcl.....                   | 40  | VOWST.....                         | 7   |
| ursodiol.....                          | 79     | verapamil hcl er.....                | 40  | VOXZOGO.....                       | 102 |
| USTEKINUMAB.....                       | 99,100 | VERQUVO.....                         | 44  | VP-PNV-DHA.....                    | 119 |
| UZEDY.....                             | 66     | VERSACLOZ.....                       | 66  | VRAYLAR.....                       | 66  |
| <b>V</b>                               |        | VERZENIO.....                        | 23  | VTAMA.....                         | 110 |
|                                        |        | vestura.....                         | 92  | vylibra.....                       | 92  |
|                                        |        | vienna.....                          | 92  | VYNDAMAX.....                      | 41  |
|                                        |        | vigabatrin.....                      | 53  | VYNDAQEL.....                      | 41  |
| valacyclovir hcl.....                  | 13     | vigadrone.....                       | 53  | VYZULTA.....                       | 77  |
| VALCHLOR.....                          | 110    | VIGAFYDE.....                        | 53  | <b>W</b>                           |     |
| valganciclovir hcl.....                | 13     | vigpoder.....                        | 53  |                                    |     |
| valproic acid.....                     | 52     | VIJOICE.....                         | 23  |                                    |     |
| valsartan.....                         | 43     | vilazodone hcl.....                  | 66  |                                    |     |
| valsartan-<br>hydrochlorothiazide..... | 43     | VIMKUNYA.....                        | 28  | WAKIX.....                         | 48  |
| VALTOCO 10 MG DOSE.....                | 57     | VINATE II.....                       | 118 | warfarin sodium.....               | 114 |
| VALTOCO 15 MG DOSE.....                | 57     | VINATE ONE.....                      | 118 | WELIREG.....                       | 24  |
| VALTOCO 20 MG DOSE.....                | 57     | VIRACEPT.....                        | 13  | WESNATAL DHA<br>COMPLETE.....      | 119 |
| VALTOCO 5 MG DOSE.....                 | 57     | VIREAD.....                          | 13  | WESNATE DHA.....                   | 119 |
| valtya 1/50.....                       | 92     | VIRT-NATE DHA.....                   | 119 | WESTAB PLUS.....                   | 119 |
| vancomycin hcl.....                    | 6,7    | VITAFOL FE+.....                     | 119 | WESTGEL DHA.....                   | 119 |
| VANCOMYCIN HCL.....                    | 7      | VITAFOL GUMMIES.....                 | 119 | WINREVAIR.....                     | 104 |
| VANDAZOLE.....                         | 106    | VITAFOL ULTRA.....                   | 119 | wixela inhub.....                  | 32  |
| VANFLYTA.....                          | 23     | VITAFOL-NANO.....                    | 119 | WYOST.....                         | 98  |
| VAQTA.....                             | 28     | VITAFOL-OB.....                      | 119 | <b>X</b>                           |     |
| varenicline tartrate.....              | 29     | VITAFOL-OB+DHA.....                  | 119 |                                    |     |
| varenicline tartrate (starter).....    | 29     | VITAFOL-ONE.....                     | 119 |                                    |     |
| varenicline tartrate(continue).....    | 29     | VITAMEDMD ONE<br>RX/QUATREFOLIC..... | 119 |                                    |     |
| VARIVAX.....                           | 28     | VITAMEDMD REDICHEW<br>RX.....        | 119 | XALKORI.....                       | 24  |
| VARUBI (180 MG DOSE).....              | 78     | VITAPEARL.....                       | 119 | xarah fe.....                      | 92  |
| VAXCHORA.....                          | 28     | VITATRUE.....                        | 119 | XARELTO.....                       | 35  |
| VELIVET.....                           | 92     | VITRAKVI.....                        | 23  | XARELTO STARTER PACK.....          | 114 |
| VELTASSA.....                          | 70     | VIVA DHA.....                        | 119 | XCOPRI.....                        | 53  |
| VEMLIDY.....                           | 13     | VIVJOA.....                          | 8   | XCOPRI (250 MG DAILY<br>DOSE)..... | 53  |
| VENCLEXTA.....                         | 23     | VIVOTIF.....                         | 28  | XCOPRI (350 MG DAILY<br>DOSE)..... | 53  |
| VENCLEXTA STARTING<br>PACK.....        | 23     | VIZIMPRO.....                        | 23  | XDEMVY.....                        | 74  |
| VENLAFAXINE BESYLATE<br>ER.....        | 66     | VONJO.....                           | 23  | XELJANZ.....                       | 100 |
| venlafaxine hcl.....                   | 66     | VORANIGO.....                        | 23  | XELJANZ XR.....                    | 100 |
| venlafaxine hcl er.....                | 66     | voriconazole.....                    | 8   | XERMELO.....                       | 78  |
|                                        |        |                                      |     | XHANCE.....                        | 76  |
|                                        |        |                                      |     | XIFAXAN.....                       | 7   |
|                                        |        |                                      |     | XIGDUO XR.....                     | 87  |

|                         |     |                           |    |
|-------------------------|-----|---------------------------|----|
| XIIDRA.....             | 76  | ZIRGAN.....               | 74 |
| XOFLUZA (40 MG DOSE)... | 13  | ZOLINZA.....              | 24 |
| XOFLUZA (80 MG DOSE)... | 13  | zolmitriptan.....         | 54 |
| XOLAIR.....             | 103 | zolpidem tartrate.....    | 57 |
| XOSPATA.....            | 24  | zolpidem tartrate er..... | 57 |
| XPOVIO (100 MG ONCE     |     | ZONISADE.....             | 53 |
| WEEKLY).....            | 24  | zonisamide.....           | 53 |
| XPOVIO (40 MG ONCE      |     | zovia 1/35 (28).....      | 92 |
| WEEKLY).....            | 24  | zovia 1/35e (28).....     | 92 |
| XPOVIO (40 MG TWICE     |     | ZTALMY.....               | 53 |
| WEEKLY).....            | 24  | ZURZUVAE.....             | 67 |
| XPOVIO (60 MG ONCE      |     | ZYDELIG.....              | 24 |
| WEEKLY).....            | 24  | ZYKADIA.....              | 24 |
| XPOVIO (60 MG TWICE     |     | ZYLET.....                | 74 |
| WEEKLY).....            | 24  |                           |    |
| XPOVIO (80 MG ONCE      |     |                           |    |
| WEEKLY).....            | 24  |                           |    |
| XPOVIO (80 MG TWICE     |     |                           |    |
| WEEKLY).....            | 24  |                           |    |
| XTANDI.....             | 24  |                           |    |
| xulane.....             | 92  |                           |    |

## Y

|                |    |
|----------------|----|
| YF-VAX.....    | 28 |
| YORVIPATH..... | 94 |
| yuvaferm.....  | 93 |

## Z

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| zafirlukast.....          | 103 |
| zaleplon.....             | 57  |
| ZALVIT.....               | 119 |
| ZARXIO.....               | 34  |
| ZEJULA.....               | 24  |
| ZELBORAF.....             | 24  |
| zenatane.....             | 110 |
| ZENPEP.....               | 80  |
| zidovudine.....           | 13  |
| ZIEXTENZO.....            | 35  |
| ZIPHEX.....               | 119 |
| ziprasidone hcl.....      | 66  |
| ziprasidone mesylate..... | 67  |



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  
01/01/2026 .**

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

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

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

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

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

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

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

Envío de la lista de medicamentos recetados disponibles con aprobación de HPMS ID 26029 Versión 15