



2021

Formulary (List of Covered Drugs)
Formulario (Lista de Medicinas Cubiertas)

HealthSun
HEALTH PLANS

MedicareRx
Prescription Drug Coverage

PLEASE READ: THIS DOCUMENT CONTAINS INFORMATION ABOUT THE DRUGS WE COVER IN THIS PLAN. ID 21299 v.22. This formulary was updated on 10/20/2021. For more recent information or other questions, please contact HealthSun Health Plans at 877-336-2069 or, for TTY users, 877-206-0500. Our hours of operation are Monday through Friday from 8am to 8pm. During October 1st until March 31st we are available seven days a week from 8 am to 8 pm or visit www.healthsun.com. Every year Medicare evaluates plans based on a 5-star rating system. Este formulario se actualizó en 10/20/2021. Para información más reciente u otras preguntas, comuníquese con HealthSun Health Plans al 877-336-2069 o, para usuarios de TTY, al 877-206-0500. Nuestro horario de operación es de lunes a viernes de 8 am a 8 pm. Desde octubre 1 hasta marzo 31 estamos disponibles los siete días de la semana de 8 am a 8 pm o visite www.healthsun.com. Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas.

HealthSun Health Plans

2021 Formulary (List of Covered Drugs)

PLEASE READ: THIS DOCUMENT CONTAINS INFORMATION
ABOUT THE DRUGS WE COVER IN THIS PLAN

ID 21299, Version 22

This formulary was updated on **10/20/2021**. For more recent information or other questions, please contact HealthSun Health Plans, Member Services, at 1-877-336-2069 or, for TTY users, 1-877-206-0500, Monday through Friday from 8am to 8pm, EST., or visit www.healthsun.com. Hours during October 1st through March 31st are seven days a week from 8am to 8pm (we are closed on Thanksgiving and Christmas Day). From April 1st until September 30th we are available Monday through Friday from 8am to 8pm (our office will be closed on federal holidays).

Note to existing members: This formulary has changed since last year. Please review this document to make sure that it still contains the drugs you take.

When this drug list (formulary) refers to “we,” “us”, or “our,” it means HealthSun Health Plans. When it refers to “plan” or “our plan,” it means HealthSun Health Plans.

This document includes the list of the drugs (formulary) for our plan which is current as of **10/20/2021**. For an updated formulary, please contact us. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

You must generally use network pharmacies to use your prescription drug benefit. Benefits, formulary, pharmacy network, and/or copayments/coinsurance may change on January 1, 2022 and from time to time during the year.

What is the HealthSun Health Plans (HMO) Formulary?

A formulary is a list of covered drugs selected by HealthSun Health Plans in consultation with a team of health care providers, which represents the prescription therapies believed to be a necessary part of a quality treatment program. HealthSun Health Plans will generally cover the drugs listed in our formulary as long as the drug is medically necessary, the prescription is filled at a HealthSun Health Plans network pharmacy, and other plan rules are followed. For more information on how to fill your prescriptions, please review your Evidence of Coverage.

Can the Formulary (drug list) change?

Most changes in drug coverage happen on January 1, but “we” may add or remove drugs on the Drug List during the year, move them to different cost-sharing tiers, or add new restrictions. We must follow Medicare rules in making these changes.

Changes that can affect you this year: In the below cases, you will be affected by coverage changes during the year:

- **New generic drugs.** We may immediately remove a brand name drug on our Drug List if we are replacing it with a new generic drug that will appear on the same or lower cost sharing tier and with the same or fewer restrictions. Also, when adding the new generic drug, we may decide to keep the brand name drug on our Drug List, but immediately move it to a different cost-sharing tier or add new restrictions. If you are currently taking that brand name drug, we may not tell you in advance before we make that change, but we will later provide you with information about the specific change(s) we have made.

- If we make such a change, you or your prescriber can ask us to make an exception and continue to cover the brand name drug for you. The notice we provide you will also include information on the steps you may take to request an exception, and you can also find information in the section below entitled “How do I request an exception to the HealthSun Health Plans Formulary?”
- **Drugs removed from the market.** If the Food and Drug Administration deems a drug on our formulary to be unsafe or the drug’s manufacturer removes the drug from the market, we will immediately remove the drug from our formulary and provide notice to members who take the drug.
- **Other changes.** We may make other changes that affect members currently taking a drug. For instance, we may add a generic drug that is not new to market to replace a brand name drug currently on the formulary or add new restrictions to the brand name drug or move it to a different cost-sharing tier. Or we may make changes based on new clinical guidelines. If we remove drugs from our formulary, or add prior authorization, quantity limits and/or step therapy restrictions on a drug or move a drug to a higher cost-sharing tier, we must notify affected members of the change at least 30 days before the change becomes effective, or at the time the member requests a refill of the drug, at which time the member will receive a 30-day supply of the drug.
 - If we make these other changes, you or your prescriber can ask us to make an exception and continue to cover the brand name drug for you. The notice we provide you will also include information on how to request an exception, and you can also find information in the section below entitled “How do I request an exception to the HealthSun Health Plans Formulary?”

Changes that will not affect you if you are currently taking the drug. Generally, if you are taking a drug on our 2021 formulary that was covered at the beginning of the year, we will not discontinue or reduce coverage of the drug during the 2021 coverage year except as described above. This means these drugs will remain available at the same cost-sharing and with no new restrictions for those members taking them for the remainder of the coverage year. You will not get a direct notice this year about changes that do not affect you. However, on January 1 of the next year, such changes would affect you, and it is important to check the Drug List for the new benefit year for any changes to drugs.

The enclosed formulary is current as of **10/20/2021**. To get updated information about the drugs covered by HealthSun Health Plans, please contact us. Our contact information appears on the front and back cover pages. We will send you a notice and an updated list in the event of mid-year non-maintenance formulary changes.

How do I use the Formulary?

There are two ways to find your drug within the formulary:

Medical Condition

The formulary begins on **page 15**. The drugs in this formulary are grouped into categories depending on the type of medical conditions that they are used to treat. For example, drugs used to treat a heart condition are listed under the category, “cardio vascular agents”. If you know what your drug is used for, look for the category name in the list that begins on **page 15**. Then look under the category name for your drug.

Alphabetical Listing

If you are not sure what category to look under, you should look for your drug in the Index that begins on **page 128**. The Index provides an alphabetical list of all of the drugs included in this document. Both brand name drugs and generic drugs are listed in the Index. Look in the Index and find your drug. Next to your drug, you will see the page number where you can find coverage information. Turn to the page listed in the Index and find the name of your drug in the first column of the list.

What are generic drugs?

HealthSun Health Plans covers both brand name drugs and generic drugs. A generic drug is approved by the FDA as having the same active ingredient as the brand name drug. Generally, generic drugs cost less than brand name drugs.

Are there any restrictions on my coverage?

Some covered drugs may have additional requirements or limits on coverage. These requirements and limits may include:

- **Prior Authorization (PA):** HealthSun Health Plans requires you or your physician to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval from the plan before you fill your prescriptions. If you don't get approval, the plan may not cover the drug.
- **Quantity Limits (QL):** For certain drugs, HealthSun Health Plans limits the amount of the drug that the plan will cover. For example, the plan provides 30 caps/month per prescription for SPIRIVA HANDIHALER CAP. This may be in addition to a standard one-month or three-month supply.
- **Step Therapy (ST):** In some cases, HealthSun Health Plans requires you to first try certain drugs to treat your medical condition before we will cover another drug for that condition. For example, if Drug A and Drug B both treat your medical condition, the plan may not cover Drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, the plan will then cover Drug B.

You can find out if your drug has any additional requirements or limits by looking in the formulary that begins on **page 15**. You can also get additional information about the restrictions applied to specific covered drugs by visiting our website. We have posted online documents which explain our Prior Authorization and Step Therapy restrictions. You may also ask us to send you a copy. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

You can ask HealthSun Health Plans to make an exception to these restrictions or limits or for a list of other, similar drugs that may treat your health condition. See the section, "How do I request an exception to the HealthSun Health Plans formulary?" on page 4 for information about how to request an exception.

What are over-the-counter (OTC) drugs?

OTC drugs are non-prescription drugs that are not normally covered by a Medicare Prescription Drug Plan. HealthSun Health Plans pays for certain OTC drugs. Our plan will provide these OTC drugs at no cost to you. The cost to our plan of these OTC drugs will not count toward your total Part D drug costs (that is, the amount you pay does not count towards the coverage gap).

What if my drug is not on the Formulary?

If your drug is not included in this formulary (list of covered drugs), you should first contact Member Services and ask if your drug is covered.

If you learn that HealthSun Health Plans does not cover your drug, you have two options:

- You can ask Member Services for a list of similar drugs that are covered by HealthSun Health Plans. When you receive the list, show it to your doctor and ask him or her to prescribe a similar drug that is covered by HealthSun Health Plans.
- You can ask the plan to make an exception and cover your drug. See below for information about how to request an exception.

How do I request an exception to the HealthSun Health Plans Formulary?

You can ask the plan to make an exception to our coverage rules. There are several types of exceptions that you can ask us to make.

- You can ask us to cover a drug even if it is not on our formulary. If approved, this drug will be covered at a pre-determined cost-sharing level, and you would not be able to ask us to provide the drug at a lower cost-sharing level.
- You can ask us to cover a formulary drug at a lower cost-sharing level if this drug is not on the specialty tier. If approved this would lower the amount you must pay for your drug.
- You can ask us to waive coverage restrictions or limits on your drug. For example, for certain drugs, the plan limits the amount of the drug that we will cover. If your drug has a quantity limit, you can ask us to waive the limit and cover a greater amount.

Generally, HealthSun Health Plans will only approve your request for an exception if the alternative drugs included on the plan's formulary, the lower cost-sharing drug or additional utilization restrictions would not be as effective in treating your condition and/or would cause you to have adverse medical effects.

You should contact us to ask for an initial coverage decision for a formulary, tiering or utilization restriction exception. **When you request a formulary, tiering or utilization restriction exception you should submit a statement from your prescriber or physician supporting your request.** Generally, we must make our decision within 72 hours of getting your prescriber's supporting statement. You can request an expedited (fast) exception if you or your doctor believe that your health could be seriously harmed by waiting up to 72 hours for a decision. If your request to expedite is granted, we must give you a decision no later than 24 hours after we get a supporting statement from your doctor or other prescriber.

What do I do before I can talk to my doctor about changing my drugs or requesting an exception?

As a new or continuing member in our plan you may be taking drugs that are not on our formulary. Or, you may be taking a drug that is on our formulary but your ability to get it is limited. For example, you may need a prior authorization from us before you can fill your prescription. You should talk to your doctor to decide if you should switch to a drug that we cover or request a formulary exception so that we will cover the drug you take. While you talk to your prescriber to determine the right course of action for you, we may cover your drug in certain cases during the first 90 days you are a member of our plan.

For each of your drugs that is not on our formulary or if your ability to get your drugs is limited, we will cover a temporary 30-day supply. If your prescription is written for fewer days, we'll allow refills to provide up to a maximum 30-day supply of medication. After your first 30-day supply, we will not pay for these drugs, even if you have been a member of the plan less than 90 days (unless an exception request has been approved by HealthSun).

If you are a resident of a long-term care facility and you need a drug that is not on our formulary or if your ability to get your drugs is limited, but you are past the first 90 days of membership in our plan, we will cover a 34-day emergency supply of that drug while you pursue a formulary exception.

HealthSun Health Plans transition process will be maintained with respect to: (a) the transition of new members into the plan during the annual election period (b) the transition of newly eligible Medicare members from other coverage into our plan (c) the transition of individuals who switch from one Plan to another after the start of the contract year, (d) members residing in a Long Term care (LTC) Facility (e) current members affected by negative formulary changes from one contract year to the next (f) members who request an exception but there is a failure to issue a timely decision on the request by

the end of the transition period (g) members who remain in the same plan for the new plan year and are on a drug that was the result of an exception that was granted in the previous year (h) current members experiencing a level of care change (i) current members entering the LTC setting from other care settings; and (j) current members in a LTC setting requiring an emergency supply of a non formulary drug.

For more information

For more detailed information about your HealthSun Health Plans prescription drug coverage, please review your Evidence of Coverage and other plan materials.

If you have questions about HealthSun Health Plans, please contact us. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

If you have general questions about Medicare prescription drug coverage, please call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 hours a day/7 days a week. TTY users should call 1 (877) 486-2048. Or, visit www.medicare.gov.

HealthSun Health Plans Formulary

The formulary that begins on the **page 15** provides coverage information about the drugs covered by HealthSun Health Plans. If you have trouble finding your drug in the list, turn to the Index that begins on **page 128**.

The first column of the chart lists the drug name. Brand name drugs are capitalized (e.g., LYRICA CAP) and generic drugs are listed in lower-case italics (e.g., simvastatin tab).

The information in the Requirements/Limits column tells you if HealthSun Health Plans has any special requirements for coverage of your drug.

The information in the table provided below explains the meanings of any symbol or abbreviation used to indicate any utilization management restrictions, excluded Part D drugs that are covered by the plan, drugs that need a Prior Authorization, drugs that require Step Therapy and drugs that require Quantity Limits.

TIER	NAME	
1	Preferred Generics	
2	Generics	
3	Preferred Brands	
4	Non-Preferred Brands	
5	Specialty Tier	
6	Supplemental Brand and Generic	

SYMBOL	NAME	DESCRIPTION
90D	90 Day Benefit	This medication is approved for a 90 day supply.
NEDS	Non-Extended Days Supply	This medication is approved for no more than a 30-day supply.
BvD	Part B vs. Part D	This prescription drug may be covered under Medicare Part B or D depending upon the circumstances.
E	Enhanced Drug Coverage	Coverage on drugs excluded from Medicare Part D coverage.
GC	Gap Coverage	Depending on your enrollment, this prescription drug may be covered during the gap period.
HRM	High Risk Medication	PA required for ages 65 or over.

LA	Limited Access	This prescription drug is limited to certain pharmacies.
MO	Mail Order Eligible	This prescription may be available via mail.
PA	Prior Authorization	You (or your physician) are required to get prior authorization before you fill your prescription for this drug; without prior approval, we may not cover this drug.
QL	Quantity Limit	There is a limit on the amount of this drug that is covered per prescription, or within a specific time frame.
ST	Step Therapy	In some cases, you may be required to first try certain drugs to treat your medical condition before we will cover another drug for that condition.
OTC	Over-the-Counter	Non-prescription drugs that are not covered by a Medicare Prescription Drug Plan.

E: Enhanced Drug Coverage Not Covered under Medicare Part D

This prescription drug is not normally covered in a Medicare Prescription Drug Plan. The amount you pay when you fill a prescription for this drug does not count towards your total drug costs (that is, the amount you pay does not help you qualify for catastrophic coverage). In addition, if you are receiving extra help to pay for your prescriptions, you will not get any extra help to pay for this drug.

LA: Limited Access

This prescription may be available only at certain pharmacies. For more information consult your Pharmacy Directory or call Member Services at (877) 336-2069, TTY users should call (877) 206-0500.

GC: Drug has Gap Coverage

Depending on your plan, we provide additional coverage on this prescription drug during the gap period. Please refer to our Evidence of Coverage for more information about this coverage.

QL: Quantity Limit

Certain drugs marked "QL" for quantity limit will indicate the amount (days' supply or amount dispensed).

HealthSun Health Plans

Formulario 2021 (Listado de Medicamentos Cubiertos)

LEA POR FAVOR: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

ID 21299, Versión 22

Este formulario fue actualizado en **10/20/2021**. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con HealthSun Health Plans, Servicios para Afiliados al 1-877-336-2069 o, para usuarios de TTY, 1-877-206-0500, de lunes a viernes de 8 am a 8 pm, o visite www.healthsun.com. Nuestro horario durante el 1 de octubre hasta el 31 de marzo son los siete días a la semana de 8am a 8pm (estamos cerrados el día de thanksgiving y navidad). Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8am a 8pm (nuestra oficina estará cerrada los días feriados federales).

Nota a los Afiliados existentes: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Examine este documento para asegurarse de que aún contiene lo medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a "nosotros," "nos," o "nuestro," quiere decir HealthSun Health Plans. Cuando se refiere al "plan" o "nuestro plan," quiere decir HealthSun Health Plans.

Este documento incluye lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que fue actualizado el **10/20/2021**. Para obtener el formulario actualizado, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última vez que actualizamos el formulario, aparece en las paginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe utilizar farmacias de red para utilizar su beneficio de medicamentos de receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de Enero de 2022, y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el Formulario de HealthSun Health Plans?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por HealthSun Health Plans consultando con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias de receta que se cree ser necesario de un programa de tratamiento de calidad. Generalmente, HealthSun Health Plans cubrirá los medicamentos enumerados en nuestro formulario siempre que el medicamento sea necesario por motivos médicos, la receta se surta en una farmacia de la red de HealthSun Health Plans y se sigan otras reglas del plan. Para mayor información acerca de cómo surtir sus recetas, examine su Evidencia de Cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen el 1 de enero, pero "nosotros" podemos agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, trasladarlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al hacer estos cambios.

Cambios que pueden afectarle este año: En los casos que se detallan a continuación, aparecen los cambios en la cobertura que lo afectarán durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado,

- Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionaremos también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de HealthSun Health Plans?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los Afiliados que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los Afiliados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentre en el Formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente. O bien, podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado en un medicamento o si pasamos un medicamento a un nivel superior de costo compartido, debemos notificarles a los Afiliados afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el Afiliado solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el Afiliado recibirá un suministro del medicamento para 30 días.
 - Si hacemos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. La notificación que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de HealthSun Health Plans?”

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. En general, si está tomando un medicamento en nuestro Formulario 2021 que estaba cubierto a principios de año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2021, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos Afiliados que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios lo afectarían, y es importante consultar la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios para cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado al **10/20/2021**. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por HealthSun Health Plans, contáctenos. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. Le enviaremos un aviso y una lista actualizada en caso de que haya cambios a mitad de año en el formulario de medicamentos que no sean de mantenimiento.

¿Cómo se utiliza el Formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Condición Médica

El Formulario empieza en la **página 15**. Los medicamentos de este formulario están agrupados en categorías según el tipo de condición médica para el tratamiento de la cual se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos que se utilizan para tratar una condición cardíaca se enumeran bajo la categoría, “agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la **página 15**. Después, busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

Lista Alfabética

Si no está seguro de la categoría bajo la cual buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que empieza en la **página 128**. El Índice da una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se enumeran en el Índice. Mire en el Índice para encontrar su medicamento. Al lado de su medicamento verá el número de la página donde puede encontrar información de cobertura. Vaya a la página indicada en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son medicamentos genéricos?

HealthSun Health Plans cubre tanto medicamentos de marca como los medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) indicando que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿Hay restricciones en mi cobertura?

Es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan requisitos adicionales o límites de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización Previa (PA, por sus siglas en Ingles):** HealthSun Health Plans requiere que usted o su médico obtenga previa autorización para ciertos medicamentos. Esto quiere decir que necesitará obtener la aprobación del plan antes de surtir sus recetas. Si no obtiene aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.
- **Límites de Cantidad (QL, por sus siglas en Ingles):** Para ciertos medicamentos, HealthSun Health Plans limita la cantidad de medicamento que cubrirá el plan. Por ejemplo, el plan proporciona 30 capsulas/mensual por receta para SPIRIVA HANDIHALER CAP. Esto puede ser además de un suministro estándar de un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada (ST, por sus siglas en Ingles)** En algunos casos, HealthSun Health Plans requiere que pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B ambos tratan su condición médica, es posible que el plan no cubra el Medicamento B a menos que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no le va bien, el plan cubrirá entonces el Medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales mirando en el Formulario que empieza en la **página 15**. También puede obtener más información acerca de las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en nuestro sitio web que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto y la fecha de la última actualización aparecen en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a HealthSun Health Plans que haga una excepción a estas restricciones o límites, o pedirle una lista de otros medicamentos parecidos que puedan tratar su condición médica. Vea la sección, "¿Cómo se solicita una excepción al Formulario de HealthSun Health Plans?" en la página 10 para ver información acerca de la manera de solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en Ingles)

Los medicamentos OTC son medicamentos que no necesitan receta que, generalmente, no están cubiertos por un Plan de Medicamentos de Receta de Medicare. HealthSun Health Plans paga ciertos medicamentos OTC. Nuestro plan proveerá estos medicamentos OTC sin costo para usted. El costo para nuestro plan de estos medicamentos OTC no se tendrá en cuenta para los costos totales de medicamentos de la Parte D (es decir, el costo de los medicamentos de venta libre no se tiene en cuenta para el período sin cobertura)

¿Qué pasa si mi medicamento no está en el Formulario?

Si su medicamento no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), lo primero que debe hacer es ponerse en contacto con el Departamento de Servicios al Afiliado y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que HealthSun Health Plans no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle al Departamento de Servicio al Afiliado una lista de medicamentos similares cubiertos por HealthSun Health Plans. Al recibir la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por HealthSun Health Plans.
- Le puede pedir al plan que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea la información que aparece a continuación sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar una excepción al Formulario de HealthSun Health Plans?

Le puede pedir al plan que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aún si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento se cubrirá a un nivel predeterminado de costo compartido, y usted no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel más bajo de costo compartido si este medicamento no está en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría la cantidad que debe pagar usted por su medicamento.
- Puede pedirnos que hagamos una excepción en las restricciones o límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, el plan limita la cantidad de medicamento que cubrimos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que otorguemos una excepción al límite y que cubramos una cantidad mayor.

Generalmente, HealthSun Health Plans solamente aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de costo compartido más bajo o las restricciones de utilización adicionales no serían tan efectivas en el tratamiento de su condición y/o harían que usted tuviera efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cobertura para una excepción al Formulario, al nivel del medicamento, o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario, al nivel de costo del medicamento, o a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud.** Generalmente, tenemos que tomar una decisión dentro de las 72 horas siguientes de recibir la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico cree que su salud podría verse severamente dañada si espera 72 horas para recibir una decisión. Si su solicitud de acelerar se concede, debemos darle una decisión no más de 24 horas después de recibir una declaración de apoyo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre el cambio de los medicamentos que tomo o la solicitud de una excepción?

Como Afiliado nuevo o permanente en nuestro plan, puede que esté tomando medicamentos que no estén en nuestro formulario. O puede que esté tomando un medicamento que esté en el formulario pero su habilidad de obtenerlo sea limitada. Por ejemplo, puede que necesite nuestra autorización previa antes de poder surtir su receta. Debe hablar con su médico para decidir si debería cambiar a un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su médico para determinar el rumbo correcto que seguir, puede que cubramos su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días que sea Afiliado de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no están incluidos en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de hasta 30 días del medicamento. Después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido Afiliado del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 34 días mientras solicita la excepción al formulario.

El procedimiento de transición de HealthSun Health Plans se mantendrá en lo que concierne a: (a) la transición de Afiliados nuevos al plan durante el periodo de elección anual; (b) la transición de Afiliados de Medicare que acaban de hacerse elegibles, que pasan de otra cobertura a nuestro plan; (c) la transición de personas que se cambian de un plan a otro después de que se inicia el año del contrato; (d) los Afiliados que residen en un centro de atención a largo plazo; (e) Afiliados actuales que se ven afectados por cambios negativos en el formulario que se dan de un año del contrato al siguiente; (f) Afiliados que solicitan una excepción, y para la cual no se emite una decisión oportuna al final del periodo de transición; (g) Afiliados que permanecen en el mismo plan para el año del plan nuevo, y que están tomando un medicamento que fue provisto como resultado de una excepción que se otorgó en el año anterior; (h) Afiliados actuales que experimentan un cambio en el nivel de atención; (i) Afiliados actuales que ingresan en el centro de atención a largo plazo provenientes de otros centros de atención; y (j) Afiliados actuales que están en un centro de atención a largo plazo y que requieren un suministro de emergencia de un medicamento que no está incluido en el formulario.

Para mayor información

Para obtener información más detallada acerca de su cobertura de medicamentos de receta de HealthSun Health Plans, examine su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas acerca de HealthSun Health Plans, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las paginas de de la portada y la portada posterior.

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

Formulario de HealthSun Health Plans

El formulario a continuación que comienza en la **página 15** proporciona información de cobertura acerca de los medicamentos cubiertos por HealthSun Health Plans. Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la **página 128**.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letras mayúsculas (por ejemplo LYRICA CAP,) y los medicamentos genéricos aparecen en cursiva minúscula (por ejemplo, simvastatin tab).

La información de la columna de Requisitos/Límites le dice si HealthSun Health Plans tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

La información proporcionada en la tabla a continuación le explica el significado de cualquier símbolo o abreviatura usada para indicar cualquier restricción de gestión de utilización, medicamentos excluidos por la parte D que están cubiertos por el plan, los medicamentos que necesitan una autorización previa, medicamentos que requieren terapia escalonada y medicamentos que requieren límites de cantidad.

Nivel Nombre

- 1 Medicamentos genéricos preferidos
- 2 Medicamentos genéricos
- 3 Medicamentos de marcas preferidas
- 4 Medicamentos de marcas no preferidas
- 5 Medicamentos especializados
- 6 Medicamentos con mayor cobertura (no ofrecidos por la Parte D)

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
90D	Beneficio de 90 días	Este medicamento está aprobado para un suministro de 90 días cuando obtiene su receta.
NEDS	Suministro diario no extendido	Este medicamento no se puede suministrar por un periodo mayor a 30 días
BvD	Parte B vs. Parte D	Este medicamento puede estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo las circunstancias.
E	Mayor cobertura para medicamentos	Cobertura de medicamentos excluidos por la Parte D de Medicare.
GC	Etapa sin cobertura	Dependiendo de su inscripción, este medicamento recetado puede estar cubierto durante la etapa de falta de cobertura.
HRM	Medicamentos de alto riesgo	(Los medicamentos recetados para adultos mayores de 65 años requieren autorización previa (PA).
LA	Acceso limitado	Este medicamento recetado está limitado a ciertas farmacias.
MO	Elegible para pedido por correo	Este medicamento puede que sea disponible por correo.
PA	Autorización previa	Se requiere que Usted (o su doctor) solicite una autorización previa antes de llenar la receta de este medicamento. Sin autorización previa no podemos cubrir este medicamento.
QL	Límites de cantidad	Hay un límite en la cantidad cubierta para este medicamento, o en los días de suministro.
ST	Terapia escalonada	En algunos casos, quizás usted tenga que probar primero cierto medicamento para su condición médica, antes de nosotros aprobar otro medicamento para esa condición.
OTC	Venta Libre	Medicamentos que no necesitan receta y generalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de receta de Medicare.

E: Mayor cobertura para medicamentos que no son ofrecidos por Medicare Parte D

Este medicamento con receta, generalmente, no está cubierto en un plan de medicamentos con receta de Medicare. El monto que paga cuando obtiene uno de estos medicamentos con receta no se tiene en cuenta en sus costos totales de medicamentos (es decir, el monto que usted paga no lo ayuda a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas). Además, si recibe ayuda adicional

para pagar sus medicamentos con receta, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.

LA: Acceso limitado

Estos medicamentos con receta pueden estar disponibles solo en ciertas farmacias. Para más información consulta con nuestro directorio de farmacias o llama a nuestro departamento de Servicios para Afiliados al 1 (877) 336-2069. Usuarios de TTY deben llamar al 1 (877)-206-0500.

GC: Medicamento cubierto en la etapa de falta de cobertura

Dependiendo de su plan, proporcionamos cobertura adicional para este medicamento con receta durante la etapa de falta de cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

QL: Límite de cantidad

Ciertos medicamentos marcados con "QL" indican el límite de cantidad en los días de suministro o en la cantidad cubierta para este medicamento.

List of Abbreviations

1: Preferred Generics

2: Generics

3: Preferred Brands

4: Non-Preferred Brands

5: Specialty

6: Enhanced Drug Benefit

OTC (\$0): Over-the-counter Medications, non-prescription drugs that are not covered by a Medicare Prescription Drug Plan.

90D: 90 day benefit, this medication is approved for a 90 day supply

BvD: You (or your physician) are required to get prior authorization before you fill your prescription for this drug; without prior approval, we may not cover this drug

E: Enhanced Drug Coverage- coverage on drugs excluded from Medicare Part D coverage

GC: Depending on your enrollment, this prescription drug may be covered during the gap period.

HRM: High Risk Medication (PA required for ages 65 or over)

LA: This prescription drug is limited to certain pharmacies

MO: This prescription drug may be available via Mail Order

NEDS: Non-Extended Days Supply, this medication is approved for a 30 day supply

PA: You (or your physician) are required to get prior authorization before you fill your prescription for this drug; without prior approval, we may not cover this drug

QL: There is a limit on the amount of this drug that is covered per prescription, or within a specific timeframe

ST: In some cases, you may be required to first try certain drugs to treat your medical condition before we will cover another drug for that condition

Table of Contents / Tabla de contenido

<p>Analgesics/Analgésicos 17</p> <p>Anesthetics/Anestésicos 22</p> <p>Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents/Agentes De Tratamientos Para Abuso De Sustancias/Contra Adicciones.. 22</p> <p>Antibacterials/Antibacterianos 23</p> <p>Anticonvulsants/Anticonvulsivos 29</p> <p>Antidementia Agents/Agentes Antidemencia 34</p> <p>Antidepressants/Antidepresivos 36</p> <p>Antiemetics/Antieméticos 41</p> <p>Antifungals/Antifúngicos 43</p> <p>Antigout Agents/Agentes Antigota 44</p> <p>Antimigraine Agents/Agentes Antimigrañas 44</p> <p>Antimyasthenic Agents/Agentes Antihistamínicos 45</p> <p>Antimycobacterials/Antimicobacterianos 45</p> <p>Antineoplastics/Antineoplásicos 46</p> <p>Antiparasitics/Antiparasitario 54</p> <p>Antiparkinson Agents/Agentes Antiparkinsonianos 55</p> <p>Antipsychotics/Antipsicóticos 56</p> <p>Antispasticity Agents/Agentes Antiespasticidad 61</p> <p>Antivirals/Antivirales 61</p> <p>Anxiolytics/Ansiolíticos 65</p> <p>Bipolar Agents/Agentes Para El Trastorno Bipolar 67</p> <p>Blood Glucose Regulators/Reguladores De La Glucosa En Sangre 67</p> <p>Blood Products And Modifiers/Productos Sanguíneos Y Modificadores 72</p>	<p>Cardiovascular Agents/Agentes Cardiovasculares75</p> <p>Central Nervous System Agents/Agentes Del Sistema Nervioso Central85</p> <p>Dental And Oral Agents/Agentes Dentales Y Orales90</p> <p>Dermatological Agents/Agentes Dermatológicos 90</p> <p>Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins/Electrolitos/Minerales/Metales/Vitaminas 94</p> <p>Gastrointestinal Agents/Agentes Gastrointestinales 97</p> <p>Genetic Or Enzyme Or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment/Trastorno Genético, Enzimático O Proteico: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento 99</p> <p>Genitourinary Agents/Agentes Genitourinarios 100</p> <p>Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Glándula Adrenal) 102</p> <p>Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Glándula Pituitaria) 103</p> <p>Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Prostaglandins)/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Prostaglandinas) 103</p> <p>Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)/Agentes Hormonales,</p>
--	---

Estimulante/Reemplazo/Modificador (Modificadores/Hormonas Sexuales)	103	Inflammatory Bowel Disease Agents/Agentes Para La Enfermedad Intestinal Inflamatoria	115
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Tiroides)	108	Metabolic Bone Disease Agents/Agentes De Enfermedades Óseas Metabólicas.....	115
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal)/Agentes, Supresores Hormonales (Glándula Adrenal)	109	Miscellaneous Therapeutic Agents/Agentes Terapéuticos Varios.....	117
Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)/Agentes, Supresores Hormonales (Glándula Pituitaria)	109	Ophthalmic Agents/Agentes Oftálmicos.	117
Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)/Agentes, Supresores Hormonales (Tiroides)	110	Otic Agents/Agentes Óticos.....	120
Immunological Agents/Agentes Inmunitarios	110	Respiratory Tract/Pulmonary Agents/Agentes Pulmonares/De Las Vías Respiratorias.....	121
		Skeletal Muscle Relaxants/Relajantes Del Músculo Esquelético	126
		Sleep Disorder Agents/Agentes Para El Trastorno Del Sueño	126

List of Covered Drugs / Lista de Medicamentos

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
Analgesics/Analgésicos		
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs/Medicamentos Antiinflamatorios No Esteroides		
celecoxib 50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap, 400 mg cap	2	MO; 90D; GC
diclofenac potassium 50 mg tab	1	MO; 90D; GC
diclofenac sodium 1 % gel	2	QL (1000 per 30 days); MO; GC
diclofenac sodium 1.5 % solution	2	QL (300 per 30 days); MO; GC
diclofenac sodium 100 mg tab er 24h	1	MO; 90D; GC
diclofenac sodium 25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr	1	MO; 90D; GC
diclofenac-misoprostol 50-0.2 mg tab dr, 75-0.2 mg tab dr	2	MO; 90D; GC
diflunisal 500 mg tab	2	MO; 90D; GC
DUEXIS 800-26.6 MG TAB	5	PA; QL (90 per 30 days); MO
ec-naproxen 375 mg tab dr, 500 mg tab dr	2	MO; 90D; GC
etodolac 200 mg cap, 300 mg cap, 400 mg tab, 500 mg tab	1	MO; 90D; GC
etodolac 400 mg tab er 24h	2	MO; 90D; GC
etodolac 500 mg tab er 24h	2	MO; 90D; GC
etodolac 600 mg tab er 24h	2	MO; 90D; GC
fenoprofen calcium 600 mg tab	2	MO; 90D; GC
flurbiprofen 100 mg tab	1	MO; 90D; GC
ibu 600 mg tab, 800 mg tab	1	MO; 90D; GC
ibuprofen 100 mg/5ml suspension	1	MO; GC
ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab	1	MO; 90D; GC
indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	PA; MO; 90D; GC; HRM
indomethacin 75 mg cap er	2	PA; MO; 90D; GC; HRM
ketoprofen 200 mg cap er 24h	2	MO; 90D; GC
ketoprofen 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	2	MO; 90D; GC
ketorolac tromethamine 10 mg tab	2	PA; MO; GC; HRM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>meclofenamate sodium 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	MO; 90D; GC
<i>meloxicam 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>naproxen 125 mg/5ml suspension, 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	2	MO; 90D; GC
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>oxaprozin 600 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>piroxicam 10 mg cap, 20 mg cap</i>	2	MO; 90D; GC
<i>relafen 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	MO; GC
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>tolmetin sodium 400 mg cap, 600 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
Opioid Analgesics, Long-Acting/Analgésicos Opioides, Acción Prolongada		
<i>buprenorphine 7.5 mcg/hr patch wk</i>	2	PA; MO; GC
<i>fentanyl 12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 37.5 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 62.5 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr, 87.5 mcg/hr patch 72hr, 100 mcg/hr patch 72hr</i>	2	PA; QL (15 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>methadone hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	PA; QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>methadone hcl 5 mg/5ml solution, 10 mg/5ml solution</i>	2	QL (900 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>morphine sulfate 10 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>morphine sulfate 100 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>morphine sulfate 100 mg tab er</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>morphine sulfate 15 mg tab er</i>	2	PA; QL (90 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>morphine sulfate 20 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>morphine sulfate 200 mg tab er</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); MO; NEDS; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>morphine sulfate 30 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>morphine sulfate 30 mg tab er</i>	2	PA; QL (90 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>morphine sulfate 40 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>morphine sulfate 50 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>morphine sulfate 60 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>morphine sulfate 60 mg tab er</i>	2	PA; QL (90 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>morphine sulfate 80 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>morphine sulfate beads 120 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>morphine sulfate beads 30 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>morphine sulfate beads 45 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>morphine sulfate beads 60 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>morphine sulfate beads 75 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>morphine sulfate beads 90 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>tramadol hcl (biphasic) 100 mg tab er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>tramadol hcl (biphasic) 200 mg tab er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>tramadol hcl (biphasic) 300 mg tab er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>tramadol hcl 100 mg tab er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>tramadol hcl 200 mg tab er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; NEDS; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>tramadol hcl 300 mg tab er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; NEDS; GC
Opioid Analgesics, Short-Acting/Analgésicos Opioides, Acción Corta		
<i>acetaminophen-codeine #2 300-15 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>acetaminophen-codeine #4 300-60 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml solution</i>	2	QL (900 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>acetaminophen-codeine 300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>ascomp-codeine 50-325-40-30 mg cap</i>	2	PA; QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC; HRM
<i>butalbital-apap-caff-cod 50-300-40-30 mg cap, 50-325-40-30 mg cap</i>	2	PA; QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC; HRM
<i>butalbital-asa-caff-codeine 50-325-40-30 mg cap</i>	2	PA; QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC; HRM
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	2	QL (5 per 28 days); MO; NEDS; GC
<i>carisoprodol-aspirin-codeine 200-325-16 mg tab</i>	2	PA; MO; GC; HRM
<i>duramorph 0.5 mg/ml solution, 1 mg/ml solution</i>	4	QL (180 per 30 days); MO; NEDS
<i>endocet 2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>fentanyl citrate 100 mcg tab, 200 mcg tab, 400 mcg tab, 600 mcg tab, 800 mcg tab</i>	5	PA; QL (120 per 30 days); MO; NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen 2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution</i>	2	QL (2700 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-300 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-300 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-300 mg tab, 10-325 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>hydrocodone-ibuprofen 5-200 mg tab, 7.5-200 mg tab, 10-200 mg tab</i>	2	QL (50 per 10 days); MO; NEDS; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
hydromorphone hcl 1 mg/ml liquid	2	QL (720 per 30 days); MO; NEDS; GC
hydromorphone hcl 2 mg tab, 2 mg/ml solution, 4 mg tab, 8 mg tab	2	QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC
LAZANDA 100 MCG/ACT SOLUTION, 300 MCG/ACT SOLUTION, 400 MCG/ACT SOLUTION	5	PA; QL (30 per 30 days); MO; NEDS
lorcet 5-325 mg tab	2	QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC
lorcet hd 10-325 mg tab	2	QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC
lorcet plus 7.5-325 mg tab	2	QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC
meperidine hcl 25 mg/ml solution, 50 mg/ml solution, 100 mg/ml solution	2	PA; QL (120 per 30 days); MO; NEDS; GC; HRM
meperidine hcl 50 mg tab, 100 mg tab	2	PA; QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC; HRM
meperidine hcl 50 mg/5ml solution	2	PA; QL (900 per 30 days); MO; NEDS; GC; HRM
morphine sulfate (concentrate) 5 mg/0.25ml solution, 10 mg/0.5ml solution, 20 mg/ml solution, 100 mg/5ml solution	2	QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC
morphine sulfate (pf) 0.5 mg/ml solution, 1 mg/ml solution	4	QL (180 per 30 days); MO; NEDS
morphine sulfate 10 mg/5ml solution, 20 mg/5ml solution	2	QL (900 per 30 days); MO; NEDS; GC
morphine sulfate 15 mg tab	2	QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC
morphine sulfate 30 mg tab	1	QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC
MORPHINE SULFATE 5 MG/ML SOLUTION	3	QL (180 per 30 days); MO; NEDS
oxycodone hcl 5 mg cap, 5 mg tab, 10 mg tab, 10 mg/0.5ml conc, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 100 mg/5ml conc	2	QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>oxycodone-aspirin 4.8355-325 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>oxycodone-ibuprofen 5-400 mg tab</i>	1	QL (28 per 7 days); MO; NEDS; GC
<i>oxymorphone hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>pentazocine-naloxone hcl 50-0.5 mg tab</i>	2	PA; QL (360 per 30 days); MO; NEDS; GC; HRM
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	1	QL (240 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	2	QL (40 per 5 days); MO; NEDS; GC
Anesthetics/Anestésicos		
Local Anesthetics/Anestésicos Locales		
<i>glydo 2 % prsyr</i>	2	MO; GC
<i>lidocaine 5 % ointment</i>	2	PA; QL (150 per 30 days); MO; GC
<i>lidocaine 5 % patch</i>	2	PA; QL (90 per 30 days); MO; GC
<i>lidocaine hcl 4 % solution</i>	2	PA; QL (300 per 30 days); MO; GC
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal 2 % gel, 2 % prsyr</i>	2	MO; GC
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	1	MO; GC
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; GC
<i>NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION</i>	4	
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents/Agentes De Tratamientos Para Abuso De Sustancias/Contra Adicciones		
Alcohol Deterrents/Anti-Craving/Disuasores Del Alcohol/Aversivos		
<i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>	2	MO; 90D; GC
<i>disulfiram 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
Opioid Dependence/Dependencia A Opioides		
<i>buprenorphine hcl 2 mg sl tab</i>	2	QL (240 per 30 days); MO; NEDS; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>buprenorphine hcl 8 mg sl tab</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 12-3 mg film</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 2-0.5 mg film, 2-0.5 mg sl tab</i>	2	QL (360 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 4-1 mg film</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; NEDS; GC
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 8-2 mg film, 8-2 mg sl tab</i>	2	QL (90 per 30 days); MO; NEDS; GC
Opioid Reversal Agents/Agentes Reversores De Opioides		
<i>naloxone hcl 0.4 mg/ml soln cart, 2 mg/2ml soln prsyr</i>	2	MO; GC
<i>naloxone hcl 0.4 mg/ml solution</i>	1	MO; GC
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	2	MO; GC
NARCAN 4 MG/0.1ML LIQUID	3	MO
Smoking Cessation Agents/Agentes Para Dejar De Fumar		
APO-VARENICLINE 0.5 MG TAB	3	PA; QL (60 per 30 days); MO
APO-VARENICLINE 1 MG TAB	3	PA; QL (56 per 28 days); MO
<i>bupropion hcl (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; GC
CHANTIX 0.5 MG TAB	3	PA; QL (60 per 30 days); MO
CHANTIX 1 MG TAB	3	PA; QL (56 per 28 days); MO
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK 1 MG TAB	3	PA; QL (56 per 28 days); MO
CHANTIX STARTING MONTH PAK 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42 TAB	3	PA; MO
NICOTROL 10 MG INHALER	4	MO
Antibacterials/Antibacterianos		
Aminoglycosides/Aminoglucósidos		
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	2	MO; GC
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	4	BvD; LA
<i>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</i>	2	MO; GC
<i>gentamicin sulfate 0.1 % cream, 0.1 % ointment, 40 mg/ml solution</i>	2	MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
neomycin sulfate 500 mg tab	2	MO; GC
paromomycin sulfate 250 mg cap	2	MO; GC
streptomycin sulfate 1 gm recon soln	2	MO; GC
tobramycin sulfate 10 mg/ml solution, 80 mg/2ml solution	2	MO; GC
Antibacterials, Other/Antibacterianos, Otro		
acetic acid 2 % solution	1	MO; GC
aztreonam 1 gm recon soln	2	MO; GC
CLEOCIN PHOSPHATE 300 MG/2ML SOLUTION	4	MO
clindacin-p 1 % swab	2	MO; GC
clindamycin hcl 75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap	1	MO; GC
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln	2	MO; GC
clindamycin phosphate 1 % swab, 2 % cream, 600 mg/4ml solution	2	MO; GC
clindamycin phosphate in d5w 300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution	2	MO; GC
colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln	2	MO; GC
daptomycin 350 mg recon soln	3	MO
daptomycin 500 mg recon soln	5	MO
FIRVANQ 25 MG/ML RECON SOLN, 50 MG/ML RECON SOLN	4	MO
linezolid 100 mg/5ml recon susp	5	PA; QL (1800 per 30 days); MO
linezolid 600 mg tab	4	PA; QL (56 per 28 days); MO
linezolid 600 mg/300ml solution	2	MO; GC
methenamine hippurate 1 gm tab	2	MO; GC
metronidazole 0.75 % cream, 0.75 % gel, 0.75 % lotion, 1 % gel, 375 mg cap	2	MO; GC
metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab	1	MO; GC
metronidazole in nacl 5-0.79 mg/ml-% solution, 500-0.79 mg/100ml-% solution	2	MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
nitrofurantoin macrocrystal 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap	2	MO; GC
nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap	2	MO; GC
rosadan 0.75 % cream, 0.75 % gel	2	MO; GC
tigecycline 50 mg recon soln	5	MO
tinidazole 250 mg tab, 500 mg tab	2	MO; GC
trimethoprim 100 mg tab	1	MO; GC
vancomycin hcl 1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 500 mg recon soln, 1000 mg recon soln	2	MO; GC
vancomycin hcl 100 gm recon soln, 750 mg recon soln	2	BvD; MO; GC
VANCOMYCIN HCL 125 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SOLN	2	PA; MO; GC
vancomycin hcl 250 mg cap	5	PA; MO
VANCOMYCIN HCL 250 MG RECON SOLN, 500 MG/100ML SOLUTION, 1000 MG/200ML SOLUTION, 1500 MG/300ML SOLUTION, 2000 MG/400ML SOLUTION	3	MO
VANCOMYCIN HCL 750 MG/150ML SOLUTION, 1250 MG/250ML SOLUTION, 1750 MG/350ML SOLUTION	3	
vandazole 0.75 % gel	2	MO; GC
XIFAXAN 200 MG TAB	4	PA; QL (9 per 3 days); MO
XIFAXAN 550 MG TAB	5	PA; QL (84 per 28 days); MO
Beta-Lactam, Cephalosporins/Betalactámicos, Cefalosporinas		
cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap	2	MO; GC
CEFACLOR 500 MG TAB ER 12H	3	MO
cefadroxil 1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg/5ml recon susp	2	MO; GC
cefazolin sodium 1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 500 mg recon soln	2	MO; GC
cefdinir 125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp, 300 mg cap	2	MO; GC
cefepime hcl 1 gm recon soln, 2 gm recon soln	2	MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
cefixime 100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap	2	MO; GC
cefoxitin sodium 1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln	2	MO; GC
cefepodoxime proxetil 50 mg/5ml recon susp, 100 mg tab, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg tab	2	MO; GC
cefprozil 125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab	2	MO; GC
ceftazidime 1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 6 gm recon soln	2	MO; GC
ceftriaxone sodium 1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln	2	MO; GC
cefuroxime axetil 250 mg tab, 500 mg tab	2	MO; GC
cefuroxime sodium 1.5 gm recon soln, 7.5 gm recon soln, 750 mg recon soln	2	MO; GC
cephalexin 125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab	2	MO; GC
cephalexin 250 mg cap, 500 mg cap	1	MO; GC
SUPRAX 100 MG CHEW TAB, 200 MG CHEW TAB, 500 MG/5ML RECON SUSP	4	MO
tazicef 1 gm inj recon soln	2	MO; GC
tazicef 2 gm inj recon soln	2	MO; GC
tazicef 6 gm inj recon soln	2	MO; GC
TEFLARO 400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN	5	MO
Beta-Lactam, Penicillins/Betalactámicos, Penicilinas		
amoxicillin 125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab	1	MO; GC
amoxicillin-pot clavulanate 1000-62.5 mg tab er 12h	2	MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg chew tab, 200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg chew tab, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab</i>	2	MO; GC
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	1	MO; GC
<i>ampicillin sodium 1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln</i>	2	MO; GC
<i>ampicillin-sulbactam sodium 1.5 (1-0.5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln</i>	2	MO; GC
<i>BICILLIN C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION</i>	4	MO
<i>BICILLIN L-A 600000 UNIT/ML SUSPENSION, 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION, 2400000 UNIT/4ML SUSPENSION</i>	4	MO
<i>dicloxacillin sodium 250 mg cap, 500 mg cap</i>	2	MO; GC
<i>nafcillin sodium 1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln</i>	2	MO; GC
<i>penicillin g potassium 5000000 recon soln, 20000000 recon soln</i>	2	MO; GC
<i>penicillin g sodium 5000000 unit recon soln</i>	2	MO; GC
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml recon soln, 250 mg/5ml recon soln</i>	2	MO; GC
<i>penicillin v potassium 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	MO; GC
<i>pfizerpen 20000000 unit recon soln</i>	2	MO; GC
<i>piperacillin sod-tazobactam so 2.25 (2-0.25) gm recon ln, 3.375 (3-0.375) gm recon ln, 4.5 (4-0.5) gm recon ln</i>	2	MO; GC
Carbapenems/Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	2	MO; GC
<i>imipenem-cilastatin 250 mg recon soln</i>	2	MO; GC
<i>meropenem 1 gm recon soln, 500 mg recon soln</i>	2	MO; GC
Macrolides/Macrólidos		

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
azithromycin 1 gm packet, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 500 mg recon soln, 600 mg tab	2	MO; GC
azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab	1	MO; GC
clarithromycin 125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab	2	MO; GC
clarithromycin 500 mg tab er 24h	2	MO; GC
DIFICID 200 MG TAB	5	PA; MO
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	5	PA
e.e.s. 400 400 mg tab	2	MO; GC
ery-tab 250 mg tab dr, 500 mg tab dr	2	MO; GC
ery-tab 333 mg tab dr	3	MO
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 500 MG RECON SOLN	4	MO
erythrocine stearate 250 mg tab	3	MO
erythromycin 250 mg tab dr, 500 mg tab dr	2	MO; GC
erythromycin 333 mg tab dr	3	MO
erythromycin base 250 mg cp dr part, 250 mg tab, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr	2	MO; GC
erythromycin base 333 mg tab dr	3	MO
erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp	1	MO; GC
erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab, 400 mg/5ml recon susp	2	MO; GC
erythromycin stearate 250 mg tab	3	MO
Quinolones/Quinolonas		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	4	MO
ciprofloxacin hcl 0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab	1	MO; GC
ciprofloxacin hcl 100 mg tab, 750 mg tab	2	MO; GC
ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution	2	MO; GC
levofloxacin 25 mg/ml solution	2	MO; GC
levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab	1	MO; GC
levofloxacin in d5w 500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution	2	MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
moxifloxacin hcl in nacl 400 mg/250ml solution	2	MO; GC
ofloxacin 300 mg tab, 400 mg tab	2	MO; GC
Sulfonamides/Sulfamidas		
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion	2	MO; GC
SULFADIAZINE 500 MG TAB	3	MO
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab	1	MO; GC
Tetracyclines/Tetraciclinas		
doxy 100 100 mg recon soln	2	MO; GC
doxycycline hyclate 100 mg recon soln	4	MO
doxycycline hyclate 20 mg tab	1	MO; GC
doxycycline hyclate 50 mg cap, 50 mg tab dr, 100 mg cap, 100 mg tab, 200 mg tab dr	2	MO; GC
doxycycline monohydrate 25 mg/5ml recon susp, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab, 150 mg tab	2	MO; GC
doxycycline monohydrate 50 mg cap	1	MO; GC
minocycline hcl 50 mg cap	1	MO; GC
minocycline hcl 50 mg tab, 75 mg cap, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab	2	MO; GC
mondoxylene nl 100 mg cap	2	MO; GC
morgidox 100 mg cap	2	MO; GC
tetracycline hcl 250 mg cap, 500 mg cap	2	MO; GC
Anticonvulsants/Anticonvulsivos		
Anticonvulsants, Other/Anticonvulsivos, Otro		
BRIVIACT 10 MG TAB	4	PA; QL (600 per 30 days); MO
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	5	PA; QL (600 per 30 days); MO
BRIVIACT 25 MG TAB	5	PA; QL (240 per 30 days); MO
BRIVIACT 50 MG TAB	5	PA; QL (120 per 30 days); MO
BRIVIACT 75 MG TAB, 100 MG TAB	5	PA; QL (60 per 30 days); MO
DIACOMIT 250 MG CAP, 250 MG PACKET	5	PA; LA; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT 500 MG CAP, 500 MG PACKET	5	PA; LA; QL (180 per 30 days)
divalproex sodium 125 mg cap dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr	2	MO; 90D; GC
divalproex sodium 125 mg tab dr	1	MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>divalproex sodium 250 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>divalproex sodium 500 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	4	PA; LA
<i>felbamate 400 mg tab, 600 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>felbamate 600 mg/5ml suspension</i>	5	MO
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	5	PA; LA
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	4	QL (720 per 30 days); MO
FYCOMPA 10 MG TAB, 12 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); MO
FYCOMPA 2 MG TAB	4	QL (180 per 30 days); MO
FYCOMPA 4 MG TAB	4	QL (90 per 30 days); MO
FYCOMPA 6 MG TAB	4	QL (60 per 30 days); MO
FYCOMPA 8 MG TAB	4	QL (45 per 30 days); MO
LAMICTAL XR 21 X 25 MG & 7 X 50 MG KIT, 25 & 50 & 100 MG KIT, 50 & 100 & 200 MG KIT	4	MO
<i>lamotrigine 100 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>lamotrigine 200 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>lamotrigine 25 mg chew tab, 25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>lamotrigine 25 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>lamotrigine 250 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>lamotrigine 300 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>lamotrigine 5 mg chew tab, 25 mg tab disp, 50 mg tab disp, 100 mg tab disp, 200 mg tab disp</i>	2	MO; 90D; GC
<i>lamotrigine 50 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>lamotrigine starter kit-blue 35 x 25 mg kit</i>	2	MO; GC
<i>lamotrigine starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg kit</i>	2	MO; GC
<i>lamotrigine starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg kit</i>	2	MO; GC
<i>levetiracetam 100 mg/ml solution</i>	2	MO; 90D; GC
<i>levetiracetam 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab, 1000 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>levetiracetam 500 mg tab er 24h</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>levetiracetam 750 mg tab er 24h</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
roweepra 500 mg tab, 750 mg tab, 1000 mg tab	1	MO; 90D; GC
roweepra xr 500 mg tab er 24h	2	QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC
roweepra xr 750 mg tab er 24h	2	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
SPRITAM 250 MG TAB, 500 MG TAB, 1000 MG TAB	4	PA; QL (60 per 30 days); MO
SPRITAM 750 MG TAB	4	PA; QL (120 per 30 days); MO
subvenite 25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab	1	MO; 90D; GC
subvenite starter kit-blue 35 x 25 mg kit	2	MO; GC
subvenite starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg kit	2	MO; GC
subvenite starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg kit	2	MO; GC
topiramate 100 mg tab	1	QL (480 per 30 days); MO; 90D; GC
topiramate 15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink	2	MO; 90D; GC
topiramate 200 mg tab	1	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
topiramate 25 mg tab	1	QL (1920 per 30 days); MO; 90D; GC
topiramate 50 mg tab	1	QL (960 per 30 days); MO; 90D; GC
topiramate er 25 mg cp24 sprnk, 50 mg cp24 sprnk, 100 mg cp24 sprnk, 150 mg cp24 sprnk, 200 mg cp24 sprnk	2	MO; 90D; GC
TROKENDI XR 200 MG CAP ER 24H	5	QL (60 per 30 days); MO
TROKENDI XR 25 MG CAP ER 24H, 50 MG CAP ER 24H, 100 MG CAP ER 24H	4	QL (30 per 30 days); MO
valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml solution	2	MO; 90D; GC
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 50 & 200 MG TAB THPK, 100 & 150 MG TAB THPK	5	QL (56 per 28 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	5	QL (56 per 28 days)
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	4	QL (56 per 365 over time); NEDS
XCOPRI 14 X 150 MG & 14 X 200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG TAB THPK	5	QL (56 per 365 over time); NEDS
XCOPRI 150 MG TAB, 200 MG TAB	5	QL (60 per 30 days)
XCOPRI 50 MG TAB, 100 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
Calcium Channel Modifying Agents/Agentes Modificadores De Los Canales De Calcio		
CELONTIN 300 MG CAP	4	MO
<i>ethosuximide 250 mg cap, 250 mg/5ml solution</i>	2	MO; 90D; GC
Gamma-Aminobutyric Acid (GABA) Augmenting Agents/Agentes Que Potencian El Ácido Gama Aminobutírico (GABA)		
<i>clobazam 10 mg tab</i>	2	PA; QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	2	PA; QL (480 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>clobazam 20 mg tab</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
DIASTAT ACUDIAL 10 MG GEL, 20 MG GEL	3	MO
DIASTAT PEDIATRIC 2.5 MG GEL	3	MO
<i>diazepam 2.5 mg gel, 10 mg gel, 20 mg gel</i>	2	MO; GC
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	1	QL (1080 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>gabapentin 250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution</i>	2	QL (2160 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	2	QL (360 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	2	QL (270 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>gabapentin 600 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>gabapentin 800 mg tab</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
GRALISE STARTER 300 & 600 MG MISC	4	MO

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>phenobarbital 100 mg tab</i>	1	PA; QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC; HRM
<i>phenobarbital 15 mg tab</i>	1	PA; QL (800 per 30 days); MO; 90D; GC; HRM
<i>phenobarbital 16.2 mg tab</i>	1	PA; QL (741 per 30 days); MO; 90D; GC; HRM
<i>phenobarbital 20 mg/5ml elixir, 20 mg/5ml solution</i>	1	PA; QL (3000 per 30 days); MO; 90D; GC; HRM
<i>phenobarbital 30 mg tab</i>	1	PA; QL (400 per 30 days); MO; 90D; GC; HRM
<i>phenobarbital 32.4 mg tab</i>	1	PA; QL (370 per 30 days); MO; 90D; GC; HRM
<i>phenobarbital 60 mg tab</i>	1	PA; QL (200 per 30 days); MO; 90D; GC; HRM
<i>phenobarbital 64.8 mg tab</i>	1	PA; QL (185 per 30 days); MO; 90D; GC; HRM
<i>phenobarbital 97.2 mg tab</i>	1	PA; QL (123 per 30 days); MO; 90D; GC; HRM
<i>primidone 50 mg tab, 250 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
SYMPAZAN 10 MG FILM, 20 MG FILM	5	PA; QL (60 per 30 days); MO
SYMPAZAN 5 MG FILM	4	PA; QL (30 per 30 days); MO
<i>tiagabine hcl 2 mg tab, 4 mg tab, 12 mg tab, 16 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	4	MO
VALTOCO 15 MG DOSE 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	4	MO
VALTOCO 20 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQD THPK	4	MO
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	4	MO
<i>vigabatrin 500 mg packet, 500 mg tab</i>	5	PA; LA; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	5	PA; LA; QL (180 per 30 days)
Sodium Channel Agents/Agentes De Canales De Sodio		
APTIOM 200 MG TAB, 400 MG TAB, 600 MG TAB, 800 MG TAB	5	MO
BANZEL 200 MG TAB	5	PA; QL (480 per 30 days); MO
BANZEL 40 MG/ML SUSPENSION	5	PA; QL (2400 per 30 days); MO

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
BANZEL 400 MG TAB	5	PA; QL (240 per 30 days); MO
carbamazepine 100 mg cap er 12h	2	MO; 90D; GC
carbamazepine 100 mg chew tab, 200 mg tab	1	MO; 90D; GC
carbamazepine 100 mg tab er 12h	2	MO; 90D; GC
carbamazepine 100 mg/5ml suspension	2	MO; 90D; GC
carbamazepine 200 mg cap er 12h	2	MO; 90D; GC
carbamazepine 200 mg tab er 12h	2	MO; 90D; GC
carbamazepine 300 mg cap er 12h	2	MO; 90D; GC
carbamazepine 400 mg tab er 12h	2	MO; 90D; GC
DILANTIN 30 MG CAP	4	MO
epitol 200 mg tab	1	MO; 90D; GC
oxcarbazepine 150 mg tab, 300 mg/5ml suspension, 600 mg tab	2	MO; 90D; GC
oxcarbazepine 300 mg tab	1	MO; 90D; GC
OXTELLAR XR 150 MG TAB ER 24H	4	QL (480 per 30 days); MO
OXTELLAR XR 300 MG TAB ER 24H	4	QL (240 per 30 days); MO
OXTELLAR XR 600 MG TAB ER 24H	5	QL (120 per 30 days); MO
PEGANONE 250 MG TAB	4	MO
phenytoin 50 mg chew tab, 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension	1	MO; 90D; GC
phenytoin infatabs 50 mg chew tab	1	MO; 90D; GC
phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap	1	MO; 90D; GC
rufinamide 200 mg tab	5	PA; QL (480 per 30 days)
rufinamide 40 mg/ml suspension	5	PA; QL (2400 per 30 days)
rufinamide 400 mg tab	5	PA; QL (240 per 30 days)
VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION	4	QL (1200 per 30 days); MO
VIMPAT 100 MG TAB	4	QL (120 per 30 days); MO
VIMPAT 150 MG TAB, 200 MG TAB	4	QL (60 per 30 days); MO
VIMPAT 50 MG TAB	4	QL (240 per 30 days); MO
zonisamide 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap	2	MO; 90D; GC
Antidementia Agents/Agentes Antidemencia		
Antidementia Agents, Other/Agentes Antidemencia, Otro		
ergoloid mesylates 1 mg tab	2	PA; MO; 90D; GC; HRM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
NAMZARIC 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG CP24 THPK, 7-10 MG CAP ER 24H, 14-10 MG CAP ER 24H, 21-10 MG CAP ER 24H, 28-10 MG CAP ER 24H	3	MO
Cholinesterase Inhibitors/Inhibidores De La Colinesterasa		
<i>donepezil hcl 5 mg tab disp, 10 mg tab disp, 23 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>donepezil hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>galantamine hydrobromide 16 mg cap er 24h</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>galantamine hydrobromide 24 mg cap er 24h</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>galantamine hydrobromide 4 mg tab, 8 mg tab, 12 mg tab</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>galantamine hydrobromide 4 mg/ml solution</i>	2	QL (200 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>galantamine hydrobromide 8 mg cap er 24h</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>rivastigmine 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr, 13.3 mg/24hr patch 24hr</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
N-Methyl-D-Aspartate (NMDA) Receptor Antagonist/Antagonistas De Los Receptores De N-Metil-D-Aspartato (NMDA)		
<i>memantine hcl 10 mg tab</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>memantine hcl 14 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>memantine hcl 21 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>memantine hcl 28 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>memantine hcl 28 x 5 mg & 21 x 10 mg tab</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>memantine hcl 5 mg tab</i>	2	PA; QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>memantine hcl 7 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
Antidepressants/Antidepresivos		
Antidepressants, Other/Antidepresivos, Otro		
<i>APLENZIN 174 MG TAB ER 24H</i>	4	QL (90 per 30 days); MO
<i>APLENZIN 348 MG TAB ER 24H</i>	5	QL (45 per 30 days); MO
<i>APLENZIN 522 MG TAB ER 24H</i>	5	QL (30 per 30 days); MO
<i>bupropion hcl (sr) 100 mg tab er 12h</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>bupropion hcl (sr) 150 mg tab er 12h</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>bupropion hcl (sr) 200 mg tab er 12h</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>bupropion hcl (xl) 150 mg tab er 24h</i>	2	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>bupropion hcl (xl) 300 mg tab er 24h</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>bupropion hcl (xl) 450 mg tab er 24h</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	1	QL (135 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	1	QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline 5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab</i>	2	PA; MO; 90D; GC; HRM
<i>maprotiline hcl 25 mg tab</i>	2	QL (270 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>maprotiline hcl 50 mg tab</i>	2	QL (135 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>maprotiline hcl 75 mg tab</i>	2	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>mirtazapine 15 mg tab</i>	1	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>mirtazapine 15 mg tab disp</i>	2	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>mirtazapine 30 mg tab</i>	1	QL (45 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>mirtazapine 30 mg tab disp</i>	2	QL (45 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>mirtazapine 45 mg tab</i>	1	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>mirtazapine 45 mg tab disp</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>mirtazapine 7.5 mg tab</i>	1	QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>olanzapine-fluoxetine hcl 3-25 mg cap, 6-25 mg cap</i>	2	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>olanzapine-fluoxetine hcl 6-50 mg cap, 12-25 mg cap, 12-50 mg cap</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>perphenazine-amitriptyline 2-10 mg tab, 2-25 mg tab, 4-10 mg tab, 4-25 mg tab, 4-50 mg tab</i>	2	PA; MO; 90D; GC; HRM
SPRAVATO (56 MG DOSE) 28 MG/DEVICE SOLN THPK	5	PA; QL (16 per 28 days)
SPRAVATO (84 MG DOSE) 28 MG/DEVICE SOLN THPK	5	PA; QL (24 per 28 days)
ZULRESSO 100 MG/20ML SOLUTION	5	PA; MO
Monoamine Oxidase Inhibitors/Inhibidores De La Monoaminooxidasa		
EMSAM 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR	5	PA; QL (30 per 30 days); MO
MARPLAN 10 MG TAB	4	MO
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
SSRIS/SNRIS (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor/Serotonin And Norepinephrine Reuptake Inhibitor)/SSRIS/SNRIS (Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina/Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina Y Noradrenalina)		
<i>citalopram hydrobromide 10 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>citalopram hydrobromide 10 mg/5ml solution</i>	2	QL (600 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>citalopram hydrobromide 20 mg tab</i>	1	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>citalopram hydrobromide 40 mg tab</i>	1	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
DESVENLAFAXINE 100 MG TAB ER 24H	2	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
DESVENLAFAXINE 50 MG TAB ER 24H	2	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>desvenlafaxine succinate 100 mg tab er 24h</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>desvenlafaxine succinate 25 mg tab er 24h</i>	2	QL (480 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>desvenlafaxine succinate 50 mg tab er 24h</i>	2	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>escitalopram oxalate 10 mg tab</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>escitalopram oxalate 20 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>escitalopram oxalate 5 mg tab</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5ml solution</i>	2	QL (600 per 30 days); MO; 90D; GC
FETZIMA 20 MG CAP ER 24H	3	PA; QL (180 per 30 days); MO
FETZIMA 40 MG CAP ER 24H	3	PA; QL (90 per 30 days); MO
FETZIMA 80 MG CAP ER 24H, 120 MG CAP ER 24H	3	PA; QL (30 per 30 days); MO
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	3	PA; MO
<i>fluoxetine hcl (pmdd) 10 mg tab</i>	4	QL (240 per 30 days); MO
<i>fluoxetine hcl (pmdd) 20 mg tab</i>	4	QL (120 per 30 days); MO
<i>fluoxetine hcl 10 mg cap</i>	1	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>fluoxetine hcl 10 mg tab</i>	2	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>fluoxetine hcl 20 mg cap, 20 mg tab</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>	2	QL (600 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>fluoxetine hcl 40 mg cap</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>fluoxetine hcl 60 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>fluoxetine hcl 90 mg cap dr</i>	2	QL (4 per 28 days); MO; 90D; GC
<i>fluvoxamine maleate 100 mg cap er 24h</i>	2	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	1	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>fluvoxamine maleate 150 mg cap er 24h</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	1	QL (360 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	1	QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>nefazodone hcl 100 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>nefazodone hcl 150 mg tab</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>nefazodone hcl 200 mg tab</i>	2	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>nefazodone hcl 250 mg tab</i>	2	QL (72 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>nefazodone hcl 50 mg tab</i>	2	QL (360 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>paroxetine hcl 10 mg tab</i>	1	QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>paroxetine hcl 12.5 mg tab er 24h</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>paroxetine hcl 20 mg tab</i>	1	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>paroxetine hcl 25 mg tab er 24h</i>	2	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>paroxetine hcl 30 mg tab</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>paroxetine hcl 37.5 mg tab er 24h</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>paroxetine hcl 40 mg tab</i>	1	QL (45 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>paroxetine mesylate 7.5 mg cap</i>	2	MO; 90D; GC
PAXIL 10 MG/5ML SUSPENSION	4	QL (900 per 30 days); MO
PEXEVA 10 MG TAB	4	QL (180 per 30 days); MO
PEXEVA 20 MG TAB	4	QL (90 per 30 days); MO
PEXEVA 30 MG TAB	4	QL (60 per 30 days); MO
PEXEVA 40 MG TAB	4	QL (45 per 30 days); MO
<i>sertraline hcl 100 mg tab</i>	1	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	2	QL (300 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>sertraline hcl 25 mg tab</i>	1	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>sertraline hcl 50 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>trazodone hcl 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
TRINTELLIX 10 MG TAB	4	QL (60 per 30 days); MO
TRINTELLIX 20 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); MO
TRINTELLIX 5 MG TAB	4	QL (120 per 30 days); MO
<i>venlafaxine hcl 100 mg tab</i>	1	QL (113 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>venlafaxine hcl 150 mg cap er 24h</i>	1	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>venlafaxine hcl 150 mg tab er 24h</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>venlafaxine hcl 225 mg tab er 24h</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>venlafaxine hcl 25 mg tab</i>	1	QL (450 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>venlafaxine hcl 37.5 mg cap er 24h</i>	1	QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>venlafaxine hcl 37.5 mg tab</i>	1	QL (300 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>venlafaxine hcl 37.5 mg tab er 24h</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
venlafaxine hcl 50 mg tab	1	QL (225 per 30 days); MO; 90D; GC
venlafaxine hcl 75 mg cap er 24h	1	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
venlafaxine hcl 75 mg tab	1	QL (150 per 30 days); MO; 90D; GC
venlafaxine hcl 75 mg tab er 24h	2	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
VIIBRYD 10 MG TAB	3	QL (120 per 30 days); MO
VIIBRYD 20 MG TAB	3	QL (60 per 30 days); MO
VIIBRYD 40 MG TAB	3	QL (30 per 30 days); MO
VIIBRYD STARTER PACK 10 & 20 MG KIT	3	MO
Tricyclics/Tricíclicos		
amitriptyline hcl 10 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab	1	MO; 90D; GC
amitriptyline hcl 25 mg tab, 50 mg tab	2	MO; 90D; GC
amoxapine 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab	2	PA; MO; 90D; GC; HRM
clomipramine hcl 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	2	PA; MO; 90D; GC; HRM
desipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab	1	PA; MO; 90D; GC; HRM
desipramine hcl 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab	2	PA; MO; 90D; GC; HRM
doxepin hcl 10 mg cap, 10 mg/ml conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap	2	PA; MO; 90D; GC; HRM
imipramine hcl 10 mg tab	1	PA; MO; 90D; GC; HRM
imipramine hcl 25 mg tab, 50 mg tab	2	PA; MO; 90D; GC; HRM
imipramine pamoate 75 mg cap, 100 mg cap, 125 mg cap, 150 mg cap	2	PA; MO; 90D; GC; HRM
nortriptyline hcl 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	MO; 90D; GC
nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution	2	MO; 90D; GC
protriptyline hcl 5 mg tab, 10 mg tab	2	PA; MO; 90D; GC; HRM
trimipramine maleate 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap	2	MO; 90D; GC
Antiemetics/Antieméticos		

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
Antiemetics, Other/Antieméticos, Otro		
<i>compro 25 mg suppos</i>	2	MO; GC
<i>meclizine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab</i>	1	MO; GC
<i>metoclopramide hcl 5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg tab, 10 mg/10ml solution</i>	1	MO; GC
<i>perphenazine 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>phenadoz 12.5 mg suppos, 25 mg suppos</i>	2	PA; MO; GC; HRM
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	2	MO; GC
<i>prochlorperazine maleate 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>promethazine hcl 12.5 mg suppos, 25 mg suppos</i>	2	PA; MO; GC; HRM
<i>promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	PA; MO; GC; HRM
<i>promethegan 12.5 mg suppos, 25 mg suppos, 50 mg suppos</i>	2	PA; MO; GC; HRM
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	2	QL (10 per 28 days); MO; GC
Emetogenic Therapy Adjuncts/Complementos De La Terapia Emetogénica		
<i>aprepitant 125 mg cap</i>	2	BvD; QL (5 per 30 days); MO; GC
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	2	BvD; QL (1 per 28 days); MO; GC
<i>aprepitant 80 & 125 mg cap, 80 & 125 mg misc</i>	2	BvD; QL (15 per 30 days); MO; GC
<i>aprepitant 80 mg cap</i>	2	BvD; QL (10 per 30 days); MO; GC
<i>dronabinol 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap</i>	2	BvD; QL (120 per 30 days); MO; GC
<i>fosaprepitant dimeglumine 150 mg recon soln</i>	2	GC
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	2	BvD; QL (30 per 30 days); MO; GC
<i>ondansetron 4 mg tab disp, 8 mg tab disp</i>	2	BvD; QL (90 per 30 days); MO; GC
<i>ondansetron hcl 24 mg tab</i>	2	BvD; QL (30 per 30 days); MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>ondansetron hcl 4 mg tab, 8 mg tab</i>	2	BvD; QL (90 per 30 days); MO; GC
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	2	BvD; QL (450 per 30 days); MO; GC
SYNDROS 5 MG/ML SOLUTION	5	BvD; MO
VARUBI (180 MG DOSE) 2 X 90 MG TAB THPK	3	BvD; QL (4 per 28 days); MO
Antifungals/Antifúngicos		
Antifungals/Antifúngicos		
AMBISOME 50 MG RECON SUSP	4	BvD; MO
<i>amphotericin b 50 mg recon soln</i>	2	BvD; MO; GC
<i>casprofungin acetate 50 mg recon soln, 70 mg recon soln</i>	5	BvD; MO
<i>ciclopirox olamine 0.77 % cream, 0.77 % suspension</i>	1	MO; GC
<i>clotrimazole 1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche</i>	1	MO; GC
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	2	MO; GC
ERAXIS 100 MG RECON SOLN	5	PA; MO
ERAXIS 50 MG RECON SOLN	4	PA; MO
<i>fluconazole 10 mg/ml recon susp, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab</i>	2	MO; GC
<i>fluconazole in sodium chloride 200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution</i>	2	MO; GC
<i>flucytosine 250 mg cap, 500 mg cap</i>	5	MO
<i>griseofulvin microsize 125 mg/5ml suspension</i>	2	MO; GC
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	2	PA; MO; GC
JUBLIA 10 % SOLUTION	4	PA; MO
<i>ketoconazole 2 % cream</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
<i>ketoconazole 2 % shampoo, 200 mg tab</i>	1	MO; GC
<i>micafungin sodium 50 mg recon soln, 100 mg recon soln</i>	5	
<i>miconazole 3 200 mg suppos</i>	2	MO; GC
MYCAMINE 50 MG RECON SOLN, 100 MG RECON SOLN	5	MO
<i>naftifine hcl 1 % cream, 2 % cream</i>	2	MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION	5	PA; MO
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	2	MO; GC
<i>nystatin 100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 500000 unit tab</i>	1	MO; GC
<i>nystatin 100000 unit/gm powder, 100000 unit/ml suspension</i>	2	MO; GC
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	2	MO; GC
ORAVIG 50 MG TAB	5	MO
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	5	PA
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	1	MO; GC
<i>terconazole 0.4 % cream</i>	1	MO; GC
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	2	MO; GC
<i>voriconazole 40 mg/ml recon susp, 200 mg recon soln, 200 mg tab</i>	5	PA; MO
<i>voriconazole 50 mg tab</i>	2	PA; MO; GC
Antigout Agents/Agentes Antigota		
Antigout Agents/Agentes Antigota		
<i>allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>colchicine 0.6 mg cap, 0.6 mg tab</i>	2	MO; GC
<i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>febuxostat 40 mg tab, 80 mg tab</i>	2	ST; MO; 90D; GC
<i>probenecid 500 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
ULORIC 40 MG TAB, 80 MG TAB	3	ST; MO
Antimigraine Agents/Agentes Antimigrañas		
Ergot Alkaloids/Alcaloides Del Cornezuelo Del Centeno		
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	5	QL (8 per 28 days); MO
<i>ergotamine-caffeine 1-100 mg tab</i>	2	MO; GC
<i>migergot 2-100 mg suppos</i>	5	MO
Prophylactic/Profilácticos		
AIMOVIG (140 MG DOSE) 70 MG/ML SOLN A-INJ	3	PA; QL (2 per 30 days); MO
AIMOVIG 140 MG/ML SOLN A-INJ	3	PA; QL (1 per 30 days); MO
AIMOVIG 70 MG/ML SOLN A-INJ	3	PA; QL (2 per 30 days); MO
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (3 per 30 days); MO

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
EMGALITY 120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR	3	PA; QL (2 per 30 days); MO
Serotonin (5-HT) Receptor Agonist/Agonista Del Receptor De Serotonina (5-HT)		
almotriptan malate 6.25 mg tab, 12.5 mg tab	2	QL (9 per 30 days); MO; GC
eletriptan hydrobromide 20 mg tab, 40 mg tab	2	QL (9 per 30 days); MO; GC
sumatriptan 5 mg/act solution, 20 mg/act solution	2	MO; GC
sumatriptan succinate 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab	2	QL (9 per 30 days); MO; GC
sumatriptan succinate 4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj	1	QL (6 per 30 days); MO; GC
sumatriptan succinate 6 mg/0.5ml soln prsy, 6 mg/0.5ml solution	2	QL (6 per 30 days); MO; GC
sumatriptan succinate refill 4 mg/0.5ml soln cart, 6 mg/0.5ml soln cart	1	QL (6 per 30 days); MO; GC
Antimyasthenic Agents/Agentes Antihistamínicos		
Parasympathomimetics/Parasimpaticomiméticos		
GUANIDINE HCL 125 MG TAB	3	MO
MESTINON 60 MG/5ML SOLUTION	5	MO
pyridostigmine bromide 180 mg tab er	2	MO; GC
pyridostigmine bromide 30 mg tab, 60 mg tab	1	MO; GC
pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution	2	MO; GC
Antimycobacterials/Antimicobacterianos		
Antimycobacterials, Other/Antimicobacterianos, Otro		
dapsone 25 mg tab, 100 mg tab	2	MO; 90D; GC
rifabutin 150 mg cap	2	MO; GC
Antituberculars/Antituberculosos		
ethambutol hcl 100 mg tab	2	MO; GC
ethambutol hcl 400 mg tab	1	MO; GC
isoniazid 50 mg/5ml syrup, 100 mg tab, 300 mg tab	1	MO; 90D; GC
PASER 4 GM PACKET	4	MO
PRIFTIN 150 MG TAB	4	MO
pyrazinamide 500 mg tab	2	MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>rifampin 150 mg cap, 300 mg cap, 600 mg recon soln</i>	2	MO; GC
SIRTURO 100 MG TAB	5	PA; LA; MO
SIRTURO 20 MG TAB	5	PA; LA
TRECTOR 250 MG TAB	4	MO
Antineoplastics/Antineoplásicos		
Alkylating Agents/Agentes Alquilantes		
CYCLOPHOSPHAMIDE 1 GM/5ML SOLUTION, 500 MG/2.5ML SOLUTION	5	
<i>cyclophosphamide 25 mg cap, 50 mg cap</i>	3	BvD
LEUKERAN 2 MG TAB	3	MO
MATULANE 50 MG CAP	5	LA
PEPAXTO 20 MG RECON SOLN	5	
VALCHLOR 0.016 % GEL	5	PA; LA
ZEPZELCA 4 MG RECON SOLN	5	
Antiandrogens/Antiandrógenos		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	5	PA; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; GC
ERLEADA 60 MG TAB	5	PA; LA
<i>flutamide 125 mg cap</i>	2	MO; GC
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	5	QL (30 per 30 days); MO
NUBEQA 300 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
XTANDI 40 MG CAP, 40 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
XTANDI 80 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
YONSA 125 MG TAB	5	PA; QL (120 per 30 days)
ZYTIGA 500 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
Antiangiogenic Agents/Agentes Antiangiogénicos		
POMALYST 1 MG CAP	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
POMALYST 2 MG CAP	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
POMALYST 3 MG CAP, 4 MG CAP	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
REVLIMID 10 MG CAP	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
REVLIMID 2.5 MG CAP, 15 MG CAP, 20 MG CAP, 25 MG CAP	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
REVLIMID 5 MG CAP	5	PA; LA; QL (150 per 30 days)
THALOMID 150 MG CAP, 200 MG CAP	5	PA; QL (60 per 30 days)
THALOMID 50 MG CAP, 100 MG CAP	5	PA; QL (30 per 30 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
Antiestrogens/Modifiers/Antiestrógenos/Modificadores		
EMCYT 140 MG CAP	4	
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	4	MO
<i>tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	5	QL (30 per 30 days)
Antimetabolites/Antimetabolitos		
ALIMTA 100 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN	5	PA
DROXIA 200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP	4	MO
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	1	MO; GC
INQOVI 35-100 MG TAB	5	PA; LA; QL (5 per 28 days)
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	2	MO; GC
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	5	PA
TABLOID 40 MG TAB	4	MO
Antineoplastics, Other/Antineoplásicos, Otro		
ASPARLAS 3750 UNIT/5ML SOLUTION	5	PA
AYVAKIT 25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
BORTEZOMIB 3.5 MG RECON SOLN	5	PA
BRUKINSA 80 MG CAP	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
FOTIVDA 0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP	5	PA; LA; QL (21 per 28 days)
IDHIFA 100 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
IDHIFA 50 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
IMLYGIC 1000000 UNIT/ML SUSPENSION	4	PA; MO
IMLYGIC 100000000 UNIT/ML SUSPENSION	5	PA
INREBIC 100 MG CAP	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	5	PA; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	5	PA; QL (91 per 28 days)
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	5	PA; QL (49 per 28 days)
KOSELUGO 10 MG CAP, 25 MG CAP	5	PA
LONSURF 15-6.14 MG TAB, 20-8.19 MG TAB	5	PA
LUMAKRAS 120 MG TAB	5	PA; LA; QL (240 per 30 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
NINLARO 2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP	5	PA; QL (3 per 28 days)
ONUREG 200 MG TAB, 300 MG TAB	5	PA; LA; QL (14 per 28 days)
oxaliplatin 200 mg/40ml solution	4	BvD
paclitaxel 100 mg/16.67ml conc	4	BvD
PHESGO 60-60-2000 MG-MG-U/ML SOLUTION, 80-40-2000 MG-MG-U/ML SOLUTION	5	PA
QINLOCK 50 MG TAB	5	PA; QL (90 per 30 days)
RETEVMO 40 MG CAP	5	PA; QL (180 per 30 days)
RETEVMO 80 MG CAP	5	PA; QL (120 per 30 days)
ROZLYTREK 100 MG CAP	5	PA; LA; QL (150 per 30 days)
ROZLYTREK 200 MG CAP	5	PA; LA; QL (90 per 30 days)
RYBREVANT 350 MG/7ML SOLUTION	5	PA
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	5	PA
TABRECTA 150 MG TAB, 200 MG TAB	5	PA; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK 200 MG TAB	5	PA; LA; QL (240 per 30 days)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (20 per 28 days)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (4 per 28 days)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (16 per 28 days)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (12 per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (4 per 28 days)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (24 per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (16 per 28 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (32 per 28 days)
ZOLINZA 100 MG CAP	5	PA; QL (120 per 30 days)
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation/Inhibidores De La Aromatasa, Tercera Generación		
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>exemestane 25 mg tab</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
Molecular Target Inhibitors/Inhibidores Moleculares Dirigidos		
AFINITOR 10 MG TAB	5	PA
AFINITOR DISPERZ 2 MG TAB SOL, 3 MG TAB SOL, 5 MG TAB SOL	5	PA
ALECENSA 150 MG CAP	5	PA; LA; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG 180 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG 30 MG TAB	5	PA; LA; QL (180 per 30 days)
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (30 per 180 over time); NEDS
ALUNBRIG 90 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
BALVERSA 3 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days)
BALVERSA 4 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
BALVERSA 5 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
BOSULIF 100 MG TAB	5	PA; QL (120 per 30 days)
BOSULIF 400 MG TAB, 500 MG TAB	5	PA; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI 75 MG CAP	5	PA; LA; QL (180 per 30 days)
CABOMETYX 20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
CALQUENCE 100 MG CAP	5	PA; LA
CAPRELSA 100 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days)
CAPRELSA 300 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	5	PA; LA; QL (56 per 28 days)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	5	PA; LA; QL (112 per 28 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	5	PA; LA; QL (84 per 28 days)
COPIKTRA 15 MG CAP, 25 MG CAP	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
COTELLIC 20 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days)
CYRAMZA 100 MG/10ML SOLUTION, 500 MG/50ML SOLUTION	5	PA; LA
DAURISMO 100 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
DAURISMO 25 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
ERIVEDGE 150 MG CAP	5	PA; LA; QL (30 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 (90 per 30 days)
<i>everolimus 2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	5	PA
FARYDAK 10 MG CAP	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
FARYDAK 15 MG CAP, 20 MG CAP	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
GAVRETO 100 MG CAP	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
GILOTRIF 20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
IBRANCE 75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG CAP, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
ICLUSIG 10 MG TAB, 15 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
ICLUSIG 30 MG TAB, 45 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	3	PA; QL (240 per 30 days)
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	3	PA; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA 140 MG CAP, 140 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days)
IMBRUVICA 70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
INLYTA 1 MG TAB	5	PA; LA; QL (240 per 30 days)
INLYTA 5 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
IRESSA 250 MG TAB	5	LA
JAKAFI 10 MG TAB	5	PA; LA; QL (150 per 30 days)
JAKAFI 15 MG TAB	5	PA; LA; QL (100 per 30 days)
JAKAFI 20 MG TAB	5	PA; LA; QL (75 per 30 days)
JAKAFI 25 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
JAKAFI 5 MG TAB	5	PA; LA; QL (300 per 30 days)
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	5	PA; QL (21 per 21 days)
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	5	PA; QL (42 per 21 days)
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	5	PA; QL (63 per 21 days)
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	5	PA; QL (180 per 30 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (90 per 30 days)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (90 per 30 days)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (90 per 30 days)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
LORBRENA 100 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
LORBRENA 25 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days)
LYNPARZA 100 MG TAB, 150 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
MEKINIST 0.5 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days)
MEKINIST 2 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI 15 MG TAB	5	PA; LA; QL (180 per 30 days)
NERLYNX 40 MG TAB	5	PA; LA; QL (180 per 30 days)
NEXAVAR 200 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
ODOMZO 200 MG CAP	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
PEMAZYRE 4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB	5	PA; LA; QL (14 per 21 days)
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	5	PA; QL (28 per 28 days)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	5	PA; QL (56 per 28 days)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	5	PA; QL (56 per 28 days)
RUBRACA 200 MG TAB	5	PA; LA; QL (180 per 30 days)
RUBRACA 250 MG TAB, 300 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
RYDAPT 25 MG CAP	5	PA; QL (240 per 30 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
SPRYCEL 20 MG TAB, 50 MG TAB, 70 MG TAB, 80 MG TAB, 100 MG TAB, 140 MG TAB	5	PA; QL (30 per 30 days)
STIVARGA 40 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	5	PA; QL (90 per 30 days)
<i>sunitinib malate 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap</i>	5	PA; QL (30 per 30 days)
SUTENT 12.5 MG CAP	5	PA; QL (90 per 30 days)
SUTENT 25 MG CAP, 37.5 MG CAP, 50 MG CAP	5	PA; QL (30 per 30 days)
TAFINLAR 50 MG CAP, 75 MG CAP	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
TAGRISSE 40 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
TAGRISSE 80 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
TALZENNA 0.25 MG CAP	5	PA; LA; QL (180 per 30 days)
TALZENNA 1 MG CAP	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
TASIGNA 50 MG CAP, 150 MG CAP, 200 MG CAP	5	PA; QL (112 per 28 days)
TEPMETKO 225 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO 250 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) 100 MG CAP THPK	5	PA; QL (21 per 28 days)
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) 100 & 25 MG CAP THPK	5	PA; QL (42 per 28 days)
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) 25 MG CAP THPK	5	PA; QL (42 per 28 days)
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) 25 MG CAP THPK	5	PA; QL (63 per 28 days)
TUKYSA 50 MG TAB, 150 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
TURALIO 200 MG CAP	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
TYKERB 250 MG TAB	5	PA; LA; QL (180 per 30 days)
UKONIQ 200 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
VENCLEXTA 10 MG TAB	3	PA; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA 100 MG TAB	3	PA; LA; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA 50 MG TAB	3	PA; LA; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	3	PA; LA
VERZENIO 50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
VITRAKVI 100 MG CAP	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	5	PA; LA; QL (300 per 30 days)
VITRAKVI 25 MG CAP	5	PA; LA; QL (180 per 30 days)
VIZIMPRO 15 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days)
VIZIMPRO 30 MG TAB, 45 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
VOTRIENT 200 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
XALKORI 200 MG CAP, 250 MG CAP	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
XOSPATA 40 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days)
ZEJULA 100 MG CAP	5	PA; LA; QL (90 per 30 days)
ZELBORAF 240 MG TAB	5	PA; LA; QL (240 per 30 days)
ZYDELIG 100 MG TAB, 150 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA 150 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days)
Monoclonal Antibody/Antibody-Drug Conjugate/Fármaco Inmunoconjugado/Anticuerpo Monoclonal		
BAVENCIO 200 MG/10ML SOLUTION	5	PA; LA
BLENREP 100 MG RECON SOLN	5	PA
DANYELZA 40 MG/10ML SOLUTION	5	PA
DARZALEX 400 MG/20ML SOLUTION	5	PA; LA
DARZALEX FASPRO 1800-30000 MG-UT/15ML SOLUTION	5	PA
ENHERTU 100 MG RECON SOLN	5	PA
GAZYVA 1000 MG/40ML SOLUTION	5	PA; LA
HERCEPTIN HYLECTA 600-10000 MG-UNT/5ML SOLUTION	5	BvD
JEMPERLI 500 MG/10ML SOLUTION	5	PA
KADCYLA 100 MG RECON SOLN, 160 MG RECON SOLN	5	PA
MONJUVI 200 MG RECON SOLN	5	PA
PADCEV 20 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN	5	PA
POLIVY 30 MG RECON SOLN, 140 MG RECON SOLN	5	BvD
RIABNI 100 MG/10ML SOLUTION, 500 MG/50ML SOLUTION	5	BvD
RITUXAN 100 MG/10ML SOLUTION	5	BvD; LA
SARCLISA 100 MG/5ML SOLUTION, 500 MG/25ML SOLUTION	5	PA

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
TECENTRIQ 1200 MG/20ML SOLUTION	5	PA; LA; QL (20 per 21 days)
TECENTRIQ 840 MG/14ML SOLUTION	5	PA; LA; QL (28 per 30 days)
ZYNLONTA 10 MG RECON SOLN	5	PA
Retinoids/Retinoides		
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	5	PA; QL (300 per 30 days)
PANRETIN 0.1 % GEL	5	
TARGRETIN 1 % GEL	5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	5	MO
Treatment Adjuncts/Complementos Al Tratamiento		
<i>leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab</i>	2	MO; GC
<i>leucovorin calcium 5 mg tab</i>	1	MO; GC
MESNEX 400 MG TAB	4	MO
Antiparasitics/Antiparasitario		
Anthelmintics/Antihelmínticos		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	2	MO; GC
EMVERM 100 MG CHEW TAB	5	MO
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	2	MO; GC
Antiprotozoals/Antiprotozoarios		
ALINIA 100 MG/5ML RECON SUSP	4	QL (180 per 30 days); MO
ALINIA 500 MG TAB	4	QL (6 per 30 days); MO
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	5	PA; MO
<i>atovaquone-proguanil hcl 62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab</i>	2	MO; GC
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB, 100 MG TAB	3	MO
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
COARTEM 20-120 MG TAB	4	MO
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	4	QL (6 per 30 days); MO
PENTAM 300 MG RECON SOLN	4	MO
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	2	BvD; MO; GC
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i>	3	MO
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	5	
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	2	PA; MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
Antiparkinson Agents/Agentes Antiparkinsonianos		
Anticholinergics/Anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	PA; MO; 90D; GC; HRM
<i>trihexyphenidyl hcl 0.4 mg/ml solution</i>	2	PA; MO; 90D; GC; HRM
<i>trihexyphenidyl hcl 2 mg tab, 5 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
Antiparkinson Agents, Other/Agentes Antiparkinsonianos, Otro		
<i>amantadine hcl 50 mg/5ml syrup, 100 mg cap, 100 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<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>	2	MO; 90D; GC
<i>entacapone 200 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>GOCOVRI 68.5 MG CAP ER 24H, 137 MG CAP ER 24H</i>	5	LA; MO
<i>tolcapone 100 mg tab</i>	5	PA; QL (180 per 30 days); MO
Dopamine Agonists/Agonistas De La Dopamina		
<i>APOKYN 30 MG/3ML SOLN CART</i>	5	PA; LA
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab, 5 mg cap</i>	2	MO; 90D; GC
<i>NEUPRO 1 MG/24HR PATCH 24HR, 2 MG/24HR PATCH 24HR, 3 MG/24HR PATCH 24HR, 4 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 8 MG/24HR PATCH 24HR</i>	4	QL (30 per 30 days); MO
<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	MO; 90D; GC
<i>pramipexole dihydrochloride 0.375 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>pramipexole dihydrochloride 2.25 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>pramipexole dihydrochloride 3 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>pramipexole dihydrochloride 3.75 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>pramipexole dihydrochloride 4.5 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<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	MO; 90D; GC
Dopamine Precursors And/Or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors/Precusores De La Dopamina Y/O Inhibidores De Descarboxilasa De L-Aminoácido		
<i>carbidopa 25 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab, 25-250 mg tab disp</i>	2	MO; 90D; GC
<i>carbidopa-levodopa 25-100 mg tab er</i>	2	MO; 90D; GC
<i>carbidopa-levodopa 50-200 mg tab er</i>	2	MO; 90D; GC
<i>RYTARY 23.75-95 MG CAP ER, 36.25-145 MG CAP ER, 48.75-195 MG CAP ER, 61.25-245 MG CAP ER</i>	4	MO
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors/Inhibidores De La Monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>selegiline hcl 5 mg cap, 5 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
Antipsychotics/Antipsicóticos		
1st Generation/Typical/Primera Generación/Típicos		
<i>chlorpromazine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>CHLORPROMAZINE HCL 30 MG/ML CONC, 100 MG/ML CONC</i>	5	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	2	MO; GC
<i>fluphenazine hcl 1 mg tab, 2.5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>fluphenazine hcl 2.5 mg/5ml elixir, 5 mg tab, 5 mg/ml conc</i>	2	MO; 90D; GC
<i>fluphenazine hcl 2.5 mg/ml solution</i>	2	MO; GC
<i>haloperidol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>haloperidol 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
haloperidol decanoate 50 mg/ml solution, 100 mg/ml solution	2	MO; GC
haloperidol lactate 2 mg/ml conc	2	MO; 90D; GC
haloperidol lactate 5 mg/ml solution	2	MO; GC
loxapine succinate 5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap	2	MO; 90D; GC
loxapine succinate 50 mg cap	1	MO; 90D; GC
molindone hcl 5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab	2	MO; 90D; GC
pimozide 1 mg tab, 2 mg tab	2	MO; 90D; GC
thioridazine hcl 10 mg tab	2	MO; 90D; GC
thioridazine hcl 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab	1	MO; 90D; GC
thiothixene 1 mg cap, 10 mg cap	2	MO; 90D; GC
thiothixene 2 mg cap, 5 mg cap	1	MO; 90D; GC
trifluoperazine hcl 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab	1	MO; 90D; GC
trifluoperazine hcl 10 mg tab	2	MO; 90D; GC
2nd Generation/Atypical/Segunda Generación/Atípicos		
ABILIFY MAINTENA 300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER	5	QL (1 per 28 days); MO
aripiprazole 1 mg/ml solution	2	QL (900 per 30 days); MO; 90D; GC
aripiprazole 10 mg tab	2	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
aripiprazole 10 mg tab disp	5	QL (90 per 30 days); MO
aripiprazole 15 mg tab	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
aripiprazole 15 mg tab disp	5	QL (60 per 30 days); MO
aripiprazole 2 mg tab	2	QL (450 per 30 days); MO; 90D; GC
aripiprazole 20 mg tab, 30 mg tab	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
aripiprazole 5 mg tab	2	QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC
asenapine maleate 10 mg sl tab	2	QL (60 per 30 days); GC
asenapine maleate 2.5 mg sl tab	2	QL (240 per 30 days); MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>asenapine maleate 5 mg sl tab</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
CAPLYTA 42 MG CAP	5	PA; QL (30 per 30 days)
FANAPT 1 MG TAB	4	QL (720 per 30 days); MO
FANAPT 10 MG TAB, 12 MG TAB	5	QL (60 per 30 days); MO
FANAPT 2 MG TAB	4	QL (360 per 30 days); MO
FANAPT 4 MG TAB	4	QL (180 per 30 days); MO
FANAPT 6 MG TAB	5	QL (120 per 30 days); MO
FANAPT 8 MG TAB	5	QL (90 per 30 days); MO
FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	4	MO
GEODON 20 MG RECON SOLN	4	QL (6 per 3 days); MO
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	5	QL (0.75 per 28 days); MO
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	5	QL (1 per 28 days); MO
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	5	QL (1.5 per 28 days); MO
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	4	QL (0.25 per 28 days); MO
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	5	QL (0.5 per 28 days); MO
INVEGA TRINZA 273 MG/0.875ML SUSP PRSYR	5	QL (0.875 per 90 days); MO; NEDS
INVEGA TRINZA 410 MG/1.315ML SUSP PRSYR	5	QL (1.315 per 90 days); MO; NEDS
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	5	QL (1.75 per 90 days); MO; NEDS
INVEGA TRINZA 819 MG/2.625ML SUSP PRSYR	5	QL (2.625 per 90 days); MO; NEDS
NUPLAZID 10 MG TAB, 34 MG CAP	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine 10 mg recon soln</i>	2	QL (90 per 30 days); MO; GC
<i>olanzapine 10 mg tab, 10 mg tab disp</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>olanzapine 15 mg tab, 15 mg tab disp</i>	2	QL (40 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>olanzapine 2.5 mg tab</i>	2	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>olanzapine 20 mg tab, 20 mg tab disp</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>olanzapine 5 mg tab, 5 mg tab disp</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>olanzapine 7.5 mg tab</i>	2	QL (80 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>paliperidone 1.5 mg tab er 24h</i>	2	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>paliperidone 3 mg tab er 24h</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>paliperidone 6 mg tab er 24h</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>paliperidone 9 mg tab er 24h</i>	5	QL (30 per 30 days); MO
PERSERIS 90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR	5	QL (1 per 28 days); MO
<i>quetiapine fumarate 100 mg tab</i>	1	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>quetiapine fumarate 150 mg tab er 24h</i>	2	QL (150 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>quetiapine fumarate 200 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>quetiapine fumarate 200 mg tab er 24h</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>quetiapine fumarate 25 mg tab</i>	1	QL (960 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>quetiapine fumarate 300 mg tab</i>	1	QL (80 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>quetiapine fumarate 300 mg tab er 24h</i>	2	QL (80 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>quetiapine fumarate 400 mg tab</i>	1	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>quetiapine fumarate 400 mg tab er 24h</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>quetiapine fumarate 50 mg tab</i>	1	QL (480 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>quetiapine fumarate 50 mg tab er 24h</i>	2	QL (480 per 30 days); MO; 90D; GC
REXULTI 0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB	5	QL (60 per 30 days); MO
REXULTI 3 MG TAB, 4 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); MO

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG, 25 MG	4	QL (2 per 28 days); MO
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG, 50 MG	5	QL (2 per 28 days); MO
<i>risperidone 0.25 mg tab, 0.25 mg tab disp</i>	2	QL (1920 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>risperidone 0.5 mg tab, 0.5 mg tab disp</i>	2	QL (960 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>risperidone 1 mg tab, 1 mg tab disp, 1 mg/ml solution</i>	2	QL (480 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>risperidone 2 mg tab, 2 mg tab disp</i>	2	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>risperidone 3 mg tab, 3 mg tab disp</i>	2	QL (150 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>risperidone 4 mg tab, 4 mg tab disp</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
SAPHRIS 10 MG SL TAB	4	QL (60 per 30 days); MO
SAPHRIS 2.5 MG SL TAB	4	QL (240 per 30 days); MO
SAPHRIS 5 MG SL TAB	4	QL (120 per 30 days); MO
SECUADO 3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR	5	QL (30 per 30 days)
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	4	MO
VRAYLAR 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP	5	QL (30 per 30 days); MO
<i>ziprasidone hcl 20 mg cap</i>	2	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>ziprasidone hcl 40 mg cap</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>ziprasidone hcl 60 mg cap, 80 mg cap</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	2	QL (6 per 3 days); MO; GC
ZYPREXA RELPREVV 210 MG RECON SUSP	4	QL (2 per 28 days); MO
Treatment-Resistant/Resistente Al Tratamiento		
<i>clozapine 100 mg tab, 100 mg tab disp</i>	2	QL (270 per 30 days); MO; GC
<i>clozapine 12.5 mg tab disp</i>	2	QL (2160 per 30 days); MO; GC
<i>clozapine 150 mg tab disp</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; GC
<i>clozapine 200 mg tab, 200 mg tab disp</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
clozapine 25 mg tab, 25 mg tab disp	2	QL (1080 per 30 days); MO; GC
clozapine 50 mg tab	2	QL (540 per 30 days); MO; GC
FAZACLO 100 MG TAB DISP	4	QL (270 per 30 days); MO
FAZACLO 12.5 MG TAB DISP	4	QL (2160 per 30 days); MO
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	4	QL (600 per 30 days); MO
Antispasticity Agents/Agentes Antiespasticidad		
Antispasticity Agents/Agentes Antiespasticidad		
baclofen 20 mg tab	1	QL (120 per 30 days); MO; GC
baclofen 5 mg tab, 10 mg tab	1	QL (90 per 30 days); MO; GC
tizanidine hcl 2 mg cap, 2 mg tab, 4 mg cap, 4 mg tab, 6 mg cap	2	MO; GC
Antivirals/Antivirales		
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents/Agentes Anticitomegalovirus (CMV)		
valganciclovir hcl 450 mg tab	5	
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	2	90D; GC
ZIRGAN 0.15 % GEL	3	MO
Anti-Hepatitis B (HBV) Agents/Agentes Antihepatitis B (HBV)		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	2	PA; 90D; GC
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	5	PA
entecavir 0.5 mg tab, 1 mg tab	2	PA; 90D; GC
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	4	
lamivudine 100 mg tab	2	90D; GC
VEMLIDY 25 MG TAB	5	PA; QL (30 per 30 days)
Anti-Hepatitis C (HCV) Agents/Agentes Antihepatitis C (HCV)		
MAVYRET 100-40 MG TAB	5	PA; QL (90 per 30 days)
ribavirin 200 mg cap	2	MO; GC
ribavirin 200 mg tab	2	GC
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 400-100 MG TAB	5	PA; QL (30 per 30 days)
Antitherpetic Agents/Agentes Antiherpéticos		
acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab	1	MO; GC
acyclovir 200 mg/5ml suspension	2	MO; GC
acyclovir sodium 50 mg/ml solution	2	BvD; MO; GC
famciclovir 125 mg tab, 250 mg tab	2	QL (60 per 30 days); MO; GC
famciclovir 500 mg tab	2	QL (21 per 7 days); MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>trifluridine 1 % solution</i>	2	MO; GC
<i>valacyclovir hcl 1 gm tab</i>	2	QL (90 per 30 days); MO; GC
<i>valacyclovir hcl 500 mg tab</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; GC
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)/Agentes Anti VIH, Inhibidores De La Integrasa (INSTI)		
BIKTARVY 50-200-25 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
DOVATO 50-300 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	4	QL (180 per 30 days)
ISENTRESS 100 MG PACKET	3	QL (180 per 30 days)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	3	QL (720 per 30 days)
ISENTRESS 400 MG TAB	5	QL (120 per 30 days)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	5	QL (60 per 30 days)
JULUCA 50-25 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
TIVICAY 10 MG TAB	4	QL (120 per 30 days)
TIVICAY 25 MG TAB, 50 MG TAB	5	QL (60 per 30 days)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	5	QL (360 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)/Agentes Anti VIH, Inhibidores De La Transcriptasa Inversa No Nucleósidos (NNRTI)		
ATRIPLA 600-200-300 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
COMPLERA 200-25-300 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
EDURANT 25 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz 200 mg cap</i>	2	QL (120 per 30 days); 90D; GC
<i>efavirenz 50 mg cap</i>	2	QL (360 per 30 days); 90D; GC
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	5	QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir 600-200-300 mg tab</i>	5	QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir 400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab</i>	5	QL (30 per 30 days)
<i>etravirine 100 mg tab</i>	5	QL (120 per 30 days)
<i>etravirine 200 mg tab</i>	5	QL (60 per 30 days)
INTELENCE 100 MG TAB	5	QL (120 per 30 days)
INTELENCE 200 MG TAB	5	QL (60 per 30 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
INTELENCE 25 MG TAB	4	QL (480 per 30 days)
nevirapine 100 mg tab er 24h	2	QL (90 per 30 days); 90D; GC
nevirapine 200 mg tab	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
nevirapine 400 mg tab er 24h	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
nevirapine 50 mg/5ml suspension	2	QL (1200 per 30 days); 90D; GC
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
PIFELTRO 100 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
SYMFI 600-300-300 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
SYMFI LO 400-300-300 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Nucleoside And Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)/Agentes Anti VIH, Inhibidores De La Transcriptasa Inversa Nucleósidos (NRTI)		
abacavir sulfate 20 mg/ml solution	2	QL (960 per 30 days); 90D; GC
abacavir sulfate 300 mg tab	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
CIMDUO 300-300 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
DESCOVY 200-25 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
didanosine 200 mg cap dr	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
didanosine 250 mg cap dr, 400 mg cap dr	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
emtricitabine 200 mg cap	2	QL (30 per 30 days); GC
emtricitabine-tenofovir df 100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab	5	QL (30 per 30 days)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	4	QL (850 per 30 days)
EMTRIVA 200 MG CAP	4	QL (30 per 30 days)
lamivudine 10 mg/ml solution	2	QL (960 per 30 days); 90D; GC
lamivudine 150 mg tab	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
lamivudine 300 mg tab	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION	4	
stavudine 15 mg cap, 20 mg cap	2	QL (120 per 30 days); 90D; GC
stavudine 30 mg cap, 40 mg cap	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
TEMIXYS 300-300 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
TRUVADA 100-150 MG TAB, 133-200 MG TAB, 167-250 MG TAB, 200-300 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
VIDEX 2 GM RECON SOLN	4	QL (1200 per 30 days)
VIDEX EC 125 MG CAP DR	4	QL (90 per 30 days)
VIREAD 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	3	QL (240 per 30 days)
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	2	QL (180 per 30 days); 90D; GC
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	2	QL (1920 per 30 days); 90D; GC
Anti-HIV Agents, Other/Agentes Anti VIH, Otro		
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	5	QL (4 per 28 days)
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	5	QL (6 per 28 days)
FUZEON 90 MG RECON SOLN	5	QL (60 per 30 days)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	5	QL (60 per 30 days)
SELZENTRY 150 MG TAB, 300 MG TAB	3	QL (120 per 30 days)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	3	QL (1840 per 30 days)
SELZENTRY 25 MG TAB	4	QL (120 per 30 days)
SELZENTRY 75 MG TAB	4	QL (60 per 30 days)
TYBOST 150 MG TAB	4	QL (30 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)/Agentes Anti VIH, Inhibidores De La Proteasa (PI)		
APTIVUS 100 MG/ML SOLUTION	4	QL (380 per 30 days)
APTIVUS 250 MG CAP	5	QL (120 per 30 days)
<i>atazanavir sulfate 150 mg cap, 200 mg cap</i>	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	2	QL (30 per 30 days); GC
CRIXIVAN 200 MG CAP	4	QL (360 per 30 days)
CRIXIVAN 400 MG CAP	4	QL (180 per 30 days)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	5	QL (120 per 30 days)
INVIRASE 500 MG TAB	5	QL (120 per 30 days)
KALETRA 100-25 MG TAB	4	QL (300 per 30 days)
KALETRA 200-50 MG TAB	5	QL (120 per 30 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	4	QL (1800 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	4	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	5	QL (120 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution</i>	2	QL (480 per 30 days); 90D; GC
NORVIR 100 MG PACKET	4	QL (360 per 30 days)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	4	QL (480 per 30 days)
PREZCOBIX 800-150 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	5	QL (400 per 30 days)
PREZISTA 150 MG TAB	4	QL (180 per 30 days)
PREZISTA 600 MG TAB, 800 MG TAB	5	QL (60 per 30 days)
PREZISTA 75 MG TAB	4	QL (300 per 30 days)
REYATAZ 50 MG PACKET	4	QL (240 per 30 days)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	2	QL (360 per 30 days); 90D; GC
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT 250 MG TAB	5	QL (300 per 30 days)
VIRACEPT 625 MG TAB	5	QL (120 per 30 days)
Anti-Influenza Agents/Agentes Antiinfluenza		
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp, 30 mg cap, 45 mg cap, 75 mg cap</i>	2	MO; GC
RELENZA DISKHALER 5 MG/BLISTER AER POW BA	4	QL (60 per 180 over time); MO; NEDS
<i>rimantadine hcl 100 mg tab</i>	2	MO; GC
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 X 40 MG TAB THPK, 2 X 20 MG TAB THPK	3	MO
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK, 2 X 40 MG TAB THPK	3	MO
Anxiolytics/Ansiolíticos		
Anxiolytics, Other/Ansiolíticos, Otro		
<i>buspirone hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab</i>	1	MO; GC
<i>hydroxyzine pamoate 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	MO; GC
<i>meprobamate 200 mg tab, 400 mg tab</i>	2	PA; MO; GC; HRM
Benzodiazepines/Benzodiazepinas		

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>alprazolam 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp</i>	2	MO; GC
<i>alprazolam 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); MO; GC
<i>alprazolam 0.5 mg tab er 24h</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
<i>alprazolam 1 mg tab er 24h</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
<i>alprazolam 2 mg tab disp</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
<i>alprazolam 2 mg tab er 24h</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
<i>alprazolam 3 mg tab er 24h</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
<i>ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML CONC</i>	3	QL (300 per 30 days); MO
<i>alprazolam xr 0.5 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
<i>chlordiazepoxide hcl 5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
<i>clonazepam 0.125 mg tab disp</i>	2	QL (4800 per 30 days); MO; GC
<i>clonazepam 0.25 mg tab disp</i>	2	QL (2400 per 30 days); MO; GC
<i>clonazepam 0.5 mg tab</i>	1	QL (1200 per 30 days); MO; GC
<i>clonazepam 0.5 mg tab disp</i>	2	QL (1200 per 30 days); MO; GC
<i>clonazepam 1 mg tab</i>	1	QL (600 per 30 days); MO; GC
<i>clonazepam 1 mg tab disp</i>	2	QL (600 per 30 days); MO; GC
<i>clonazepam 2 mg tab</i>	1	QL (300 per 30 days); MO; GC
<i>clonazepam 2 mg tab disp</i>	2	QL (300 per 30 days); MO; GC
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab, 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	2	MO; GC
<i>diazepam 10 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); MO; GC
<i>diazepam 2 mg tab</i>	1	QL (600 per 30 days); MO; GC
<i>diazepam 5 mg tab</i>	1	QL (240 per 30 days); MO; GC
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	2	QL (1200 per 30 days); MO; GC
<i>diazepam 5 mg/ml conc</i>	2	QL (240 per 30 days); MO; GC
<i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>	2	QL (240 per 30 days); MO; GC
<i>lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	1	QL (90 per 30 days); MO; GC
<i>lorazepam 1 mg/0.5ml conc, 2 mg/ml conc</i>	2	QL (150 per 30 days); MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>lorazepam 2 mg tab</i>	1	QL (150 per 30 days); MO; GC
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>	2	QL (150 per 30 days); MO; GC
<i>oxazepam 10 mg cap, 15 mg cap, 30 mg cap</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
Bipolar Agents/Agentes Para El Trastorno Bipolar		
Mood Stabilizers/Estabilizadores Del Estado De Ánimo		
LATUDA 20 MG TAB	5	QL (240 per 30 days); MO
LATUDA 40 MG TAB	5	QL (120 per 30 days); MO
LATUDA 60 MG TAB, 120 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); MO
LATUDA 80 MG TAB	5	QL (60 per 30 days); MO
LITHIUM 8 MEQ/5ML SOLUTION	3	MO
<i>lithium carbonate 150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap</i>	1	MO; 90D; GC
<i>lithium carbonate 300 mg tab er</i>	1	MO; 90D; GC
<i>lithium carbonate 450 mg tab er</i>	1	MO; 90D; GC
Blood Glucose Regulators/Reguladores De La Glucosa En Sangre		
Antidiabetic Agents/Agentes Antidiabéticos		
<i>acarbose 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	2	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
AVANDIA 2 MG TAB	4	PA; QL (120 per 30 days); MO
AVANDIA 4 MG TAB	4	PA; QL (60 per 30 days); MO
BYDUREON 2 MG PEN	3	QL (4 per 28 days); MO
BYDUREON BCISE 2 MG/0.85ML A-INJ	3	QL (4 per 28 days); MO
CYCLOSET 0.8 MG TAB	4	QL (180 per 30 days); MO
FARXIGA 5 MG TAB, 10 MG TAB	3	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride 1 mg tab</i>	1	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>glimepiride 2 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>glimepiride 4 mg tab</i>	1	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>glipizide 10 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>glipizide 10 mg tab er 24h</i>	1	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>glipizide 2.5 mg tab er 24h</i>	1	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
glipizide 5 mg tab	1	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
glipizide 5 mg tab er 24h	1	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
glipizide xl 10 mg tab er 24h	1	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
glipizide xl 2.5 mg tab er 24h	1	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
glipizide xl 5 mg tab er 24h	1	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
glipizide-metformin hcl 2.5-250 mg tab	1	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
glipizide-metformin hcl 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab	1	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
glyburide 1.25 mg tab	1	QL (480 per 30 days); MO; 90D; GC
glyburide 2.5 mg tab	1	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
glyburide 5 mg tab	1	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
glyburide micronized 1.5 mg tab	2	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
glyburide micronized 3 mg tab	2	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
glyburide micronized 6 mg tab	1	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
glyburide-metformin 1.25-250 mg tab	1	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
glyburide-metformin 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab	2	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
INVOKAMET 50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB, 150-1000 MG TAB, 150-500 MG TAB	4	QL (60 per 30 days); MO
INVOKAMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H, 150-1000 MG TAB ER 24H, 150-500 MG TAB ER 24H	4	QL (60 per 30 days); MO
INVOKANA 100 MG TAB	4	QL (90 per 30 days); MO
INVOKANA 300 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); MO

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
JANUMET 50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB	3	QL (60 per 30 days); MO
JANUMET XR 100-1000 MG TAB ER 24H	3	QL (30 per 30 days); MO
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H	3	QL (60 per 30 days); MO
JANUVIA 100 MG TAB	3	QL (30 per 30 days); MO
JANUVIA 25 MG TAB	3	QL (120 per 30 days); MO
JANUVIA 50 MG TAB	3	QL (60 per 30 days); MO
JARDIANCE 10 MG TAB, 25 MG TAB	3	QL (30 per 30 days); MO
JENTADUETO 2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB	3	QL (60 per 30 days); MO
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	3	QL (60 per 30 days); MO
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	3	QL (30 per 30 days); MO
<i>metformin hcl (mod) 1000 mg tab er 24h</i>	5	QL (60 per 30 days); MO
<i>metformin hcl (mod) 500 mg tab er 24h</i>	5	QL (120 per 30 days); MO
<i>metformin hcl (osm) 1000 mg tab er 24h</i>	1	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>metformin hcl (osm) 500 mg tab er 24h</i>	1	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>metformin hcl 1000 mg tab</i>	1	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>metformin hcl 500 mg tab</i>	1	QL (150 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>metformin hcl 500 mg tab er 24h</i>	1	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>metformin hcl 750 mg tab er 24h</i>	1	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>metformin hcl 850 mg tab</i>	1	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>miglitol 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	2	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>nateglinide 120 mg tab</i>	2	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>nateglinide 60 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN	3	MO

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN, 4 MG/3ML SOLN PEN	3	MO
<i>pioglitazone hcl 15 mg tab</i>	2	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>pioglitazone hcl 30 mg tab</i>	2	QL (45 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>pioglitazone hcl 45 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>pioglitazone hcl-glimepiride 30-2 mg tab, 30-4 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl 15-500 mg tab, 15-850 mg tab</i>	2	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>repaglinide 0.5 mg tab</i>	2	QL (960 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>repaglinide 1 mg tab</i>	2	QL (480 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>repaglinide 2 mg tab</i>	2	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
RIOMET 500 MG/5ML SOLUTION	4	QL (946 per 30 days); MO
RIOMET 500 MG/5ML SRER	4	QL (946 per 30 days); MO
RYBELSUS 3 MG TAB	3	QL (30 per 180 over time); NEDS
RYBELSUS 7 MG TAB, 14 MG TAB	3	QL (30 per 30 days)
SOLIQUA 100-33 UNT-MCG/ML SOLN PEN	3	MO
SYMLINPEN 120 2700 MCG/2.7ML SOLN PEN	5	PA; QL (11 per 30 days); MO
SYMLINPEN 60 1500 MCG/1.5ML SOLN PEN	5	PA; QL (6 per 30 days); MO
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); MO
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	3	QL (30 per 30 days); MO
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); MO
<i>tolbutamide 500 mg tab</i>	1	QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC
TRADJENTA 5 MG TAB	3	QL (30 per 30 days); MO
TRULICITY 0.75 MG/0.5ML SOLN PEN, 1.5 MG/0.5ML SOLN PEN	3	QL (2 per 28 days); MO

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
TRULICITY 3 MG/0.5ML SOLN PEN, 4.5 MG/0.5ML SOLN PEN	3	QL (2 per 28 days)
VICTOZA 18 MG/3ML SOLN PEN	3	QL (9 per 30 days); MO
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)
XULTOPHY 100-3.6 UNIT-MG/ML SOLN PEN	3	MO
Glycemic Agents/Agentes Para La Glucemia		
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	2	MO; 90D; GC
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	3	MO
GLUCAGON EMERGENCY 1 MG KIT	3	MO
<i>glucagon emergency 1 mg kit</i>	2	MO; GC
PROGLYCEM 50 MG/ML SUSPENSION	4	MO
Insulins/Insulinas		
FIASP 100 UNIT/ML SOLUTION	3	MO
FIASP FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	3	MO
FIASP PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	3	PA; MO
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	3	PA; MO
INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	3	MO
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION	3	MO
INSULIN ASPART FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	3	MO
INSULIN ASPART PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	3	MO
INSULIN ASPART PROT & ASPART (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	MO
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	3	MO
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	3	MO
LEVEMIR 100 UNIT/ML SOLUTION	3	MO
LEVEMIR FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	3	MO
NOVOLIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	MO; OTC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
NOVOLIN 70/30 RELION (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	MO; OTC
NOVOLIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	MO; OTC
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	3	MO; OTC
NOVOLIN N FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SUSP PEN	3	MO; OTC
NOVOLIN N RELION 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	MO; OTC
NOVOLIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	3	MO; OTC
NOVOLIN R RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	3	MO; OTC
NOVOLOG 100 UNIT/ML SOLUTION	3	MO
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	3	MO
NOVOLOG FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	3	MO
NOVOLOG FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	3	MO
NOVOLOG MIX 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	MO
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	3	MO
NOVOLOG MIX 70/30 RELION (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	MO
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	3	MO
NOVOLOG RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	3	MO
SEMGLEE 100 UNIT/ML SOLN PEN, 100 UNIT/ML SOLUTION	4	MO
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	3	MO
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	3	MO
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	3	QL (30 per 30 days); MO
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	3	QL (30 per 30 days); MO
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	3	QL (18 per 30 days); MO
Blood Products And Modifiers/Productos Sanguíneos Y Modificadores		
Anticoagulants/Anticoagulantes		
ELIQUIS 2.5 MG TAB, 5 MG TAB	3	QL (60 per 30 days); MO
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	3	QL (74 per 180 over time); MO; NEDS

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>enoxaparin sodium 100 mg/ml solution, 150 mg/ml solution</i>	2	QL (56 per 28 days); MO; GC
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml solution</i>	2	QL (16.8 per 28 days); MO; GC
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml solution</i>	2	QL (22.4 per 28 days); MO; GC
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml solution</i>	2	QL (33.6 per 28 days); MO; GC
<i>enoxaparin sodium 80 mg/0.8ml solution, 120 mg/0.8ml solution</i>	2	QL (44.8 per 28 days); MO; GC
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	5	QL (24 per 30 days); MO
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	2	QL (15 per 30 days); MO; GC
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>	5	QL (12 per 30 days); MO
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	5	QL (18 per 30 days); MO
FRAGMIN 2500 UNIT/0.2ML SOLUTION, 5000 UNIT/0.2ML SOLUTION	4	MO
FRAGMIN 7500 UNIT/0.3ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 12500 UNIT/0.5ML SOLUTION, 15000 UNIT/0.6ML SOLUTION, 18000 UNT/0.72ML SOLUTION, 95000 UNIT/3.8ML SOLUTION	5	MO
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution</i>	2	BvD; MO; GC
<i>heparin sodium (porcine) 5000 unit/ml solution</i>	1	BvD; MO; GC
<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	MO; 90D; GC
PRADAXA 75 MG CAP, 110 MG CAP, 150 MG CAP	4	QL (60 per 30 days); MO
<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	MO; 90D; GC
XARELTO 10 MG TAB, 20 MG TAB	3	QL (30 per 30 days); MO
XARELTO 2.5 MG TAB, 15 MG TAB	3	QL (60 per 30 days); MO

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	3	MO
Blood Products And Modifiers, Other/Productos Sanguíneos Y Modificadores, Otro		
<i>anagrelide hcl 0.5 mg cap, 1 mg cap</i>	2	MO; 90D; GC
LEUKINE 250 MCG RECON SOLN	5	PA
NEULASTA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (1.2 per 28 days)
NEUPOGEN 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION	5	PA
PROCRIT 2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION	4	PA
PROMACTA 12.5 MG PACKET	5	PA; LA; QL (360 per 30 days)
PROMACTA 12.5 MG TAB, 25 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
PROMACTA 25 MG PACKET	5	PA; LA; QL (180 per 30 days)
PROMACTA 50 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days)
PROMACTA 75 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
RETACRIT 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION	4	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT 2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION	4	PA; QL (12 per 28 days); MO
UDENYCA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	4	PA; QL (1.2 per 28 days)
ZARXIO 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR	5	PA
Hemostasis Agents/Agentes Hemostáticos		
<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	2	MO; GC
Platelet Modifying Agents/Agentes Modificadores De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole 25-200 mg cap er 12h</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
BRILINTA 60 MG TAB, 90 MG TAB	3	QL (60 per 30 days); MO
<i>cilostazol 50 mg tab, 100 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>dipyridamole 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	PA; MO; 90D; GC; HRM
<i>dipyridamole 75 mg tab</i>	2	PA; MO; 90D; GC; HRM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>prasugrel hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
Cardiovascular Agents/Agentes Cardiovasculares		
Alpha-Adrenergic Agonists/Agonistas Alfa Adrenérgicos		
<i>clonidine 0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk</i>	2	QL (4 per 28 days); MO; 90D; GC
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	5	PA; QL (540 per 30 days)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	5	PA; QL (270 per 30 days)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	5	PA; QL (180 per 30 days)
METHYLDOPA 250 MG TAB, 500 MG TAB	1	PA; MO; 90D; GC; HRM
<i>midodrine hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	MO; GC
NORTHERA 100 MG CAP	5	PA; LA; QL (540 per 30 days)
NORTHERA 200 MG CAP	5	PA; LA; QL (270 per 30 days)
NORTHERA 300 MG CAP	5	PA; LA; QL (180 per 30 days)
Alpha-Adrenergic Blocking Agents/Agentes Bloqueadores Alfa Adrenérgicos		
<i>doxazosin mesylate 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>prazosin hcl 1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	MO; 90D; GC
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap</i>	1	MO; 90D; GC
Angiotensin II Receptor Antagonists/Antagonistas De Los Receptores De Angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>irbesartan 75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>losartan potassium 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>telmisartan 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>valsartan 40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors/Inhibidores De La Enzima Convertidora De La Angiotensina (ACE)		
benazepril hcl 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab	1	MO; 90D; GC
captopril 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab	1	MO; 90D; GC
enalapril maleate 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab	1	MO; 90D; GC
fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab	1	MO; 90D; GC
lisinopril 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab	1	MO; 90D; GC
moexipril hcl 7.5 mg tab, 15 mg tab	1	MO; 90D; GC
perindopril erbumine 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab	1	MO; 90D; GC
quinapril hcl 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab	1	MO; 90D; GC
ramipril 1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap	1	MO; 90D; GC
trandolapril 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab	1	MO; 90D; GC
Antiarrhythmics/Antiarritmicos		
amiodarone hcl 100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab	2	MO; 90D; GC
disopyramide phosphate 100 mg cap, 150 mg cap	2	PA; MO; 90D; GC; HRM
dofetilide 125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap	2	90D; GC
flecainide acetate 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab	2	MO; 90D; GC
mexiletine hcl 150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap	2	MO; 90D; GC
MULTAQ 400 MG TAB	3	QL (60 per 30 days); MO
paceronone 100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab	2	MO; 90D; GC
propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab	2	MO; 90D; GC
propafenone hcl 225 mg cap er 12h	2	MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>propafenone hcl 325 mg cap er 12h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>propafenone hcl 425 mg cap er 12h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>quinidine gluconate 324 mg tab er</i>	2	MO; 90D; GC
<i>quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>sorine 80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>sotalol hcl (af) 80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>sotalol hcl 80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
Beta-Adrenergic Blocking Agents/Agentes Bloqueantes Beta Adrenérgicos		
<i>acebutolol hcl 200 mg cap, 400 mg cap</i>	1	MO; 90D; GC
<i>atenolol 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>betaxolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>bisoprolol fumarate 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
BYSTOLIC 2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB	4	MO
<i>carvedilol 3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>carvedilol phosphate 10 mg cap er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>carvedilol phosphate 20 mg cap er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>carvedilol phosphate 40 mg cap er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>carvedilol phosphate 80 mg cap er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>labetalol hcl 100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>metoprolol succinate 100 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>metoprolol succinate 200 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>metoprolol succinate 25 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>metoprolol succinate 50 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>metoprolol tartrate 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>nadolol 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>pindolol 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>propranolol hcl 120 mg cap er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>propranolol hcl 160 mg cap er 24h</i>	2	MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>propranolol hcl 20 mg/5ml solution, 40 mg/5ml solution</i>	2	MO; 90D; GC
<i>propranolol hcl 60 mg cap er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>propranolol hcl 80 mg cap er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>timolol maleate 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines/Agentes Bloqueadores De Los Canales De Calcio, Dihidropiridinas		
<i>afeditab cr 60 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>amlodipine besylate 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>felodipine 10 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>felodipine 2.5 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>felodipine 5 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>isradipine 2.5 mg cap</i>	2	MO; 90D; GC
<i>isradipine 5 mg cap</i>	1	MO; 90D; GC
<i>nicardipine hcl 20 mg cap, 30 mg cap</i>	2	MO; 90D; GC
<i>nifedipine 10 mg cap</i>	2	PA; MO; 90D; GC; HRM
<i>nifedipine 20 mg cap</i>	1	PA; MO; 90D; GC; HRM
<i>nifedipine 30 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>nifedipine 60 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>nifedipine 90 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>nifedipineosmotic release 30 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>nifedipineosmotic release 60 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>nifedipineosmotic release 90 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	2	MO; GC
<i>nisoldipine 17 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>nisoldipine 20 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>nisoldipine 25.5 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>nisoldipine 30 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>nisoldipine 34 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>nisoldipine 40 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>nisoldipine 8.5 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines/Agentes Bloqueadores De Los Canales De Calcio, Excepto Dihidropiridinas		
<i>cartia xt 120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h</i>	1	MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>diltiazem hcl 120 mg cap er 12h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>diltiazem hcl 120 mg cap er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>diltiazem hcl 180 mg cap er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>diltiazem hcl 240 mg cap er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>diltiazem hcl 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>diltiazem hcl 60 mg cap er 12h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>diltiazem hcl 90 mg cap er 12h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>diltiazem hcl coated beads 180 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>diltiazem hcl coated beads 240 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>diltiazem hcl coated beads 300 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>diltiazem hcl coated beads 360 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>diltiazem hcl coated beads 420 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>diltiazem hclbeads 120 mg cap er 24h</i>	3	MO
<i>diltiazem hclbeads 180 mg cap er 24h</i>	3	MO
<i>diltiazem hclbeads 240 mg cap er 24h</i>	3	MO
<i>diltiazem hclbeads 300 mg cap er 24h</i>	3	MO
<i>diltiazem hclbeads 360 mg cap er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>diltiazem hclbeads 420 mg cap er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>diltiazem hclcoated beads 120 mg cap er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>diltiazem hclcoated beads 180 mg cap er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>diltiazem hclcoated beads 240 mg cap er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>diltiazem hclcoated beads 300 mg cap er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>diltiazem hclcoated beads 360 mg cap er 24h</i>	2	MO; GC
<i>dilt-xr 120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h</i>	1	MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
matzim la 180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h	2	MO; 90D; GC
taztia xt 120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h	3	MO
taztia xt 360 mg cap er 24h	2	MO; 90D; GC
tiadylt 120 mg cap er 24h	3	MO
tiadylt 180 mg cap er 24h	3	MO
tiadylt 240 mg cap er 24h	3	MO
tiadylt 300 mg cap er 24h	3	MO
tiadylt 360 mg cap er 24h	2	MO; 90D; GC
tiadylt 420 mg cap er 24h	2	MO; 90D; GC
verapamil hcl 100 mg cap er 24h	2	MO; 90D; GC
verapamil hcl 120 mg cap er 24h	2	MO; 90D; GC
verapamil hcl 120 mg tab er	2	MO; 90D; GC
verapamil hcl 180 mg cap er 24h	2	MO; 90D; GC
verapamil hcl 180 mg tab er	2	MO; 90D; GC
verapamil hcl 200 mg cap er 24h	2	MO; 90D; GC
verapamil hcl 240 mg cap er 24h	2	MO; 90D; GC
verapamil hcl 240 mg tab er	2	MO; 90D; GC
verapamil hcl 300 mg cap er 24h	2	MO; 90D; GC
verapamil hcl 360 mg cap er 24h	2	MO; 90D; GC
verapamil hcl 40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab	1	MO; 90D; GC
Cardiovascular Agents, Other/Agentes Cardiovasculares, Otro		
acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab	2	MO; 90D; GC
aliskiren fumarate 150 mg tab, 300 mg tab	2	MO; 90D; GC
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab	1	MO; 90D; GC
amlodipine besy-benazepril hcl 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap	1	MO; 90D; GC
amlodipine besy-benazepril hcl 5-20 mg cap, 5-40 mg cap, 10-20 mg cap, 10-40 mg cap	2	MO; 90D; GC
amlodipine besylate-valsartan 5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab	2	MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
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	2	MO; 90D; GC
amlodipine-olmesartan 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab	2	MO; 90D; GC
amlodipine-valsartan-hctz 5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab, 10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab	2	MO; 90D; GC
atenolol-chlorthalidone 50-25 mg tab, 100-25 mg tab	1	MO; 90D; GC
benazepril-hydrochlorothiazide 5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab	2	MO; 90D; GC
BIDIL 20-37.5 MG TAB	4	QL (180 per 30 days); MO
bisoprolol-hydrochlorothiazide 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab	1	MO; 90D; GC
candesartan cilexetil-hctz 16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab	2	MO; 90D; GC
captopril-hydrochlorothiazide 25-15 mg tab, 25-25 mg tab, 50-15 mg tab, 50-25 mg tab	2	MO; 90D; GC
CORLANOR 5 MG TAB, 7.5 MG TAB	4	PA; QL (60 per 30 days); MO
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	4	PA; QL (560 per 28 days); MO
DEMSER 250 MG CAP	5	MO
digitek 125 mcg tab	1	MO; 90D; GC
digitek 250 mcg tab	1	PA; MO; 90D; GC; HRM
digox 125 mcg tab	1	MO; 90D; GC
digox 250 mcg tab	1	PA; MO; 90D; GC; HRM
digoxin 0.05 mg/ml solution	2	MO; 90D; GC
digoxin 125 mcg tab	1	MO; 90D; GC
digoxin 250 mcg tab	1	PA; MO; 90D; GC; HRM
enalapril-hydrochlorothiazide 5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab	1	MO; 90D; GC
ENTRESTO 24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB	3	MO

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>fosinopril sodium-hctz 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>losartan potassium-hctz 50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide 250-15 mg tab, 250-25 mg tab</i>	2	PA; MO; 90D; GC; HRM
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>metyrosine 250 mg cap</i>	5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz 20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<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>	2	MO; 90D; GC
<i>pentoxifylline 400 mg tab er</i>	1	MO; 90D; GC
<i>propranolol-hctz 40-25 mg tab, 80-25 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>ranolazine 1000 mg tab er 12h</i>	2	PA; MO; 90D; GC
<i>ranolazine 500 mg tab er 12h</i>	2	PA; MO; 90D; GC
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>TEKTURNA HCT 150-12.5 MG TAB, 150-25 MG TAB, 300-12.5 MG TAB, 300-25 MG TAB</i>	3	MO
<i>telmisartan-amlodipine 40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>telmisartan-hctz 40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>trandolapril-verapamil hcl 1-240 mg tab er</i>	2	MO; 90D; GC
<i>trandolapril-verapamil hcl 2-180 mg tab er</i>	2	MO; 90D; GC
<i>trandolapril-verapamil hcl 2-240 mg tab er</i>	2	MO; 90D; GC
<i>trandolapril-verapamil hcl 4-240 mg tab er</i>	2	MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>triamterene-hctz 37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<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>	2	MO; 90D; GC
Diuretics, Loop/Diuréticos, Del Asa		
<i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i>	2	MO; GC
<i>bumetanide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	1	MO; GC
<i>furosemide 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>toremide 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
Diuretics, Potassium-Sparing/Diuréticos, Ahorradores De Potasio		
<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>eplerenone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>spironolactone 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
Diuretics, Thiazide/Diuréticos, Tiazida		
<i>chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives/Dislipidemia, Derivados De Ácido Fíbrico		
<i>fenofibrate 40 mg tab, 48 mg tab, 50 mg cap, 54 mg tab, 67 mg cap, 120 mg tab, 134 mg cap, 145 mg tab, 150 mg cap, 160 mg tab, 200 mg cap</i>	2	MO; 90D; GC
<i>fenofibrate micronized 43 mg cap, 67 mg cap, 130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap</i>	2	MO; 90D; GC
<i>fenofibric acid 35 mg tab, 105 mg tab</i>	2	GC
<i>fenofibric acid 45 mg cap dr, 135 mg cap dr</i>	2	MO; 90D; GC
FIBRICOR 35 MG TAB	2	GC
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors/Dislipidemia, Inhibidores De La HMG-CoA Reductasa		
<i>atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>fluvastatin sodium 20 mg cap, 40 mg cap</i>	2	MO; 90D; GC
<i>fluvastatin sodium 80 mg tab er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
LIVALO 1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB	3	MO
<i>lovastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>simvastatin 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
Dyslipidemics, Other/Dislipidemia, Otro		
<i>cholestyramine 4 gm packet</i>	2	MO; 90D; GC
<i>cholestyramine 4 gm/dose powder</i>	2	MO; GC
<i>cholestyramine light 4 gm packet</i>	2	MO; GC
<i>cholestyramine light 4 gm/dose powder</i>	2	MO; 90D; GC
<i>colesevelam hcl 3.75 gm packet, 625 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>colestipol hcl 1 gm tab, 5 gm packet</i>	2	MO; 90D; GC
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>ezetimibe-simvastatin 10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>icosapent ethyl 1 gm cap</i>	2	GC
JUXTAPID 5 MG CAP, 10 MG CAP, 20 MG CAP	5	PA; LA
<i>niacin (antihyperlipidemic) 500 mg tab</i>	2	MO; GC
<i>niacin(antihyperlipidemic) 1000 mg tab er</i>	2	MO; 90D; GC
<i>niacin(antihyperlipidemic) 500 mg tab er</i>	2	MO; 90D; GC
<i>niacin(antihyperlipidemic) 750 mg tab er</i>	2	MO; 90D; GC
<i>niacor 500 mg tab</i>	2	MO; GC
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	2	MO; 90D; GC
PRALUENT 150 MG/ML SOLN A-INJ	4	PA; QL (2 per 28 days); MO
PRALUENT 75 MG/ML SOLN A-INJ	4	PA; QL (2 per 28 days)
<i>prevalite 4 gm packet</i>	2	MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>prevalite 4 gm/dose powder</i>	2	MO; 90D; GC
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	3	PA; QL (3 per 28 days)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	3	PA; QL (3.5 per 28 days)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	3	PA; QL (3 per 28 days)
VASCEPA 0.5 GM CAP, 1 GM CAP	4	MO
Vasodilators, Direct-Acting Arterial/Vasodilatadores, Arteriales De Acción Directa		
<i>hydralazine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>minoxidil 2.5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
Vasodilators, Direct-Acting Arterial/Venous/Vasodilatadores, Arteriales/Venosos De Acción Directa		
<i>isosorbide dinitrate 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>isosorbide mononitrate 120 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>isosorbide mononitrate 30 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>isosorbide mononitrate 60 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>minitran 0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr</i>	1	MO; 90D; GC
<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>	1	MO; 90D; GC
<i>nitroglycerin 0.4 mg/spray solution</i>	2	MO; 90D; GC
RECTIV 0.4 % OINTMENT	4	QL (30 per 30 days); MO
Central Nervous System Agents/Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines/Agentes Del Trastorno Por Déficit De Atención E Hiperactividad, Anfetaminas		
<i>amphetamine-dextroamphet 10 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>amphetamine-dextroamphet 15 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>amphetamine-dextroamphet 20 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>amphetamine-dextroamphet 25 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>amphetamine-dextroamphet 30 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>amphetamine-dextroamphet 5 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>amphetamine-dextroamphetamine 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 12.5 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab</i>	2	PA; QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>dextroamphetamine sulfate 10 mg cap er 24h</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>dextroamphetamine sulfate 10 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg cap er 24h</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>dextroamphetamine sulfate 5 mg cap er 24h</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>dextroamphetamine sulfate 5 mg tab</i>	2	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>zenzedi 10 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>zenzedi 5 mg tab</i>	2	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-Amphetamines/Agentes Del Trastorno Por Déficit De Atención E Hiperactividad, Excepto Anfetaminas		
<i>atomoxetine hcl 10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>atomoxetine hcl 60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab er 12h</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>dexmethylphenidate hcl 10 mg cap er 24h</i>	1	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>dexmethylphenidate hcl 15 mg cap er 24h</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>dexmethylphenidate hcl 20 mg cap er 24h</i>	1	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>dexmethylphenidate hcl 25 mg cap er 24h</i>	1	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>dexmethylphenidate hcl 30 mg cap er 24h</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>dexmethylphenidate hcl 35 mg cap er 24h</i>	1	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>dexmethylphenidate hcl 40 mg cap er 24h</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>dexmethylphenidate hcl 5 mg cap er 24h</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>guanfacine hcl 1 mg tab er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>guanfacine hcl 2 mg tab er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>guanfacine hcl 3 mg tab er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>guanfacine hcl 4 mg tab er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>metadate 20 mg tab er</i>	2	PA; QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>methylphenidate hcl (cd) 10 mg cap er</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>methylphenidate hcl (cd) 20 mg cap er</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>methylphenidate hcl (cd) 40 mg cap er</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>methylphenidate hcl (cd) 50 mg cap er</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>methylphenidate hcl (cd) 60 mg cap er</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>methylphenidate hcl 10 mg chew tab</i>	1	PA; QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	PA; QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>methylphenidate hcl 10 mg/5ml solution</i>	2	PA; QL (900 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>methylphenidate hcl 18 mg tab er</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>methylphenidate hcl 2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab, 5 mg tab</i>	1	PA; QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>methylphenidate hcl 20 mg tab er</i>	2	PA; QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>methylphenidate hcl 27 mg tab er</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>methylphenidate hcl 36 mg tab er</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>methylphenidate hcl 5 mg/5ml solution</i>	2	PA; QL (1800 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>methylphenidate hcl 54 mg tab er</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
Central Nervous System, Other/Sistema Nervioso Central, Otro		
AUSTEDO 6 MG TAB, 9 MG TAB, 12 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen 50-325 mg tab</i>	2	PA; QL (180 per 30 days); MO; GC; HRM
<i>butalbital-apap-caffeine 50-300-40 mg cap, 50-325-40 mg cap, 50-325-40 mg tab</i>	2	PA; QL (180 per 30 days); MO; GC; HRM
<i>esgic 50-325-40 mg cap</i>	2	PA; QL (180 per 30 days); MO; GC; HRM
GRALISE 300 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); MO
GRALISE 600 MG TAB	4	QL (90 per 30 days); MO
INGREZZA 40 & 80 MG CAP THPK	5	PA; QL (56 per 365 over time); NEDS
INGREZZA 40 MG CAP	5	PA; QL (60 per 30 days)
INGREZZA 60 MG CAP, 80 MG CAP	5	PA; QL (30 per 30 days)
NUEDEXTA 20-10 MG CAP	3	PA; QL (60 per 30 days); MO
<i>riluzole 50 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>tencon 50-325 mg tab</i>	2	PA; QL (180 per 30 days); MO; GC; HRM
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	5	PA; QL (240 per 30 days)
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	5	PA; QL (120 per 30 days)
TIGLUTIK 50 MG/10ML SUSPENSION	5	

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>zebutal 50-325-40 mg cap</i>	2	PA; QL (180 per 30 days); MO; GC; HRM
Fibromyalgia Agents/Agentes Para La Fibromialgia		
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR	4	QL (180 per 30 days); MO
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR	4	QL (120 per 30 days); MO
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR	4	QL (90 per 30 days); MO
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR	4	QL (60 per 30 days); MO
<i>duloxetine hcl 20 mg cp dr part</i>	2	QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>	2	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>duloxetine hcl 60 mg cp dr part</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>pregabalin 100 mg cap</i>	1	QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>pregabalin 150 mg cap</i>	1	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	1	QL (900 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>pregabalin 200 mg cap</i>	1	QL (90 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>pregabalin 225 mg cap, 300 mg cap</i>	1	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>pregabalin 25 mg cap</i>	1	QL (720 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>pregabalin 50 mg cap</i>	1	QL (360 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>pregabalin 75 mg cap</i>	1	QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
SAVELLA 100 MG TAB	3	QL (60 per 30 days); MO
SAVELLA 12.5 MG TAB	3	QL (480 per 30 days); MO
SAVELLA 25 MG TAB	3	QL (240 per 30 days); MO
SAVELLA 50 MG TAB	3	QL (120 per 30 days); MO
SAVELLA TITRATION PACK 12.5 & 25 & 50 MG MISC	3	MO

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
Multiple Sclerosis Agents/Agentes Para Esclerosis Múltiple		
AUBAGIO 7 MG TAB, 14 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
AVONEX PEN 30 MCG/0.5ML AUT-IJ KIT	5	PA; QL (4 per 28 days)
AVONEX PREFILLED 30 MCG/0.5ML PREF SY KIT	5	PA; QL (4 per 28 days)
BETASERON 0.3 MG KIT	5	PA; QL (15 per 30 days)
COPAXONE 20 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (30 per 30 days)
COPAXONE 40 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine 10 mg tab er 12h</i>	5	PA; QL (60 per 30 days)
GILENYA 0.5 MG CAP	5	PA; QL (30 per 30 days)
PLEGRIDY 125 MCG/0.5ML SOLN PEN, 125 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY STARTER PACK 63 & 94 MCG/0.5ML SOLN PEN	5	PA; QL (1 per 180 over time); NEDS
TECFIDERA 120 & 240 MG MISC, 120 MG CAP DR, 240 MG CAP DR	5	PA; LA
Dental And Oral Agents/Agentes Dentales Y Orales		
Dental And Oral Agents/Agentes Dentales Y Orales		
<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	2	MO; 90D; GC
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	1	MO; GC
<i>oralone 0.1 % paste</i>	2	MO; GC
<i>paroex 0.12 % solution</i>	1	MO; GC
<i>periogard 0.12 % solution</i>	1	MO; GC
<i>pilocarpine hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
PREVIDENT 0.2 % SOLUTION	3	MO
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS 1.1 % PASTE	3	MO
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH 1.1 % GEL	3	MO
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT 1.1-5 % PASTE	3	MO
PREVIDENT 5000 PLUS 1.1 % CREAM	3	MO
<i>triamcinolone acetone 0.1 % paste</i>	2	MO; GC
Dermatological Agents/Agentes Dermatológicos		
Acne And Rosacea Agents/Agentes Para El Acné Y La Rosácea		
ABSORICA 25 MG CAP, 35 MG CAP	4	MO
<i>accutane 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	2	MO; GC
<i>acitretin 10 mg cap, 25 mg cap</i>	2	MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
acitretin 17.5 mg cap	5	MO
amnestem 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap	2	MO; GC
avita 0.025 % cream, 0.025 % gel	2	PA; QL (45 per 30 days); MO; GC
azelaic acid 15 % gel	2	MO; GC
benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel	2	MO; GC
claravis 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap	2	MO; GC
isotretinoin 10 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 30 mg cap, 35 mg cap, 40 mg cap	2	MO; GC
myorisan 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap	2	MO; GC
tazarotene 0.1 % cream	2	PA; MO; GC
TAZORAC 0.05 % CREAM, 0.05 % GEL, 0.1 % GEL	4	PA; MO
tretinoin 0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream	2	PA; QL (45 per 30 days); MO; GC
zenatane 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap	2	MO; GC
Dermatitis And Pruritus Agents/Agentes Para Dermatitis Y Prurito		
ala-cort 1 % cream, 2.5 % cream	1	MO; GC
alclometasone dipropionate 0.05 % ointment	2	MO; GC
amcinonide 0.1 % cream, 0.1 % lotion	2	MO; GC
AMCINONIDE 0.1 % OINTMENT	3	MO
ammonium lactate 12 % cream, 12 % lotion	1	MO; GC
betamethasone dipropionate 0.05 % cream	2	MO; GC
betamethasone valerate 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment	1	MO; GC
clobetasol propionate 0.05 % cream, 0.05 % ointment	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
clobetasol propionate 0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % shampoo, 0.05 % solution	2	MO; GC
clodan 0.05 % shampoo	2	MO; GC
desonide 0.05 % cream, 0.05 % ointment	2	MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>desoximetasone 0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.25 % cream, 0.25 % liquid, 0.25 % ointment</i>	2	MO; GC
<i>diflorasone diacetate 0.05 % cream, 0.05 % ointment</i>	2	MO; GC
<i>EUCRISA 2 % OINTMENT</i>	4	MO
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % cream, 0.01 % solution, 0.025 % cream, 0.025 % ointment</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
<i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
<i>fluocinonide 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution</i>	2	QL (240 per 30 days); MO; GC
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	2	QL (240 per 30 days); MO; GC
<i>fluticasone propionate 0.005 % ointment, 0.05 % cream</i>	2	MO; GC
<i>halobetasol propionate 0.05 % cream, 0.05 % ointment</i>	2	MO; GC
<i>hydrocortisone (perianal) 1 % cream</i>	2	MO; GC
<i>hydrocortisone (perianal) 2.5 % cream</i>	1	MO; GC
<i>hydrocortisone 1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment</i>	1	MO; GC
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % lotion, 0.1 % solution</i>	2	MO; GC
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % cream</i>	2	MO; GC
<i>pimecrolimus 1 % cream</i>	2	PA; QL (100 per 90 days); MO; NEDS; GC
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	2	MO; GC
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	2	MO; GC
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	2	MO; GC
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	2	MO; GC
<i>tacrolimus 0.03 % ointment, 0.1 % ointment</i>	2	PA; QL (100 per 90 days); MO; NEDS; GC
<i>triamcinolone acetonide 0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment</i>	1	MO; GC
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % lotion, 0.147 mg/gm aero soln</i>	2	MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
triderm 0.1 % cream, 0.5 % cream	1	MO; GC
Dermatological Agents, Other/Agentes Dermatológicos, Otro		
calcipotriene 0.005 % cream, 0.005 % ointment	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
calcipotriene 0.005 % solution	2	QL (60 per 30 days); MO; GC
calcitrene 0.005 % ointment	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream, 1-0.05 % lotion	2	MO; GC
CONDYLOX 0.5 % GEL	4	MO
diclofenac sodium 3 % gel	2	PA; QL (100 per 30 days); MO; GC
fluorouracil 2 % solution, 5 % cream, 5 % solution	2	MO; GC
hydrocortisone ace-pramoxine 1-1 % cream	1	MO; GC
imiquimod 5 % cream	2	MO; GC
methoxsalen rapid 10 mg cap	5	
nystatin-triamcinolone 100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment	2	MO; GC
PICATO 0.015 % GEL, 0.05 % GEL	5	MO
podofilox 0.5 % solution	2	MO; GC
REGRANEX 0.01 % GEL	5	PA; MO
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	4	QL (30 per 30 days); MO
silver sulfadiazine 1 % cream	2	MO; GC
ssd 1 % cream	2	MO; GC
Pediculicides/Scabicides/Pediculicidas/Escabidas		
ivermectin 0.5 % lotion, 1 % cream	2	MO; GC
lindane 1 % shampoo	2	MO; GC
permethrin 5 % cream	2	MO; GC
SKLICE 0.5 % LOTION	4	MO
Topical Anti-Infectives/Antiinfeciosos Tópicos		
acyclovir 5 % ointment	2	QL (30 per 30 days); MO; GC
ciclodan 8 % solution	2	MO; GC
ciclopirox 0.77 % gel, 1 % shampoo, 8 % solution	2	MO; GC
clindamycin phosphate 1 % gel, 1 % lotion	2	MO; GC
clindamycin phosphate 1 % solution	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
DENAVIR 1 % CREAM	4	QL (5 per 30 days); MO

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>erythromycin 2 % gel</i>	2	MO; GC
<i>erythromycin 2 % solution</i>	1	MO; GC
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
<i>mupirocin calcium 2 % cream</i>	2	MO; GC
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins/Electrolitos/Minerales/Metales/Vitaminas		
Electrolyte/Mineral Replacement/Reemplazo De Electrolitos/Minerales		
AMINOSYN II 10 % SOLUTION	4	BvD; MO
AMINOSYN-PF 7 % SOLUTION	4	BvD; MO
CARBAGLU 200 MG TAB	5	PA; LA
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) 2.75 % SOLUTION	4	BvD; MO
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) 4.25 % SOLUTION	4	BvD; MO
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) 4.25 % SOLUTION	4	BvD; MO
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) 5 % SOLUTION	4	BvD; MO
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) 5 % SOLUTION	4	BvD; MO
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) 8 % SOLUTION	4	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) 8 % SOLUTION	4	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) 4.25 % SOLUTION	4	BvD; MO
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 4.25 % SOLUTION	4	BvD; MO
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 5 % SOLUTION	4	BvD; MO
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 5 % SOLUTION	4	BvD; MO
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) 6 % SOLUTION	4	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) 8 % SOLUTION	4	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) 8 % SOLUTION	4	BvD
<i>clinisol sf 15 % solution</i>	2	BvD; MO; GC
CLINOLIPID 20 % EMULSION	2	BvD; MO; GC
FREAMINE HBC 6.9 % SOLUTION	4	BvD; MO
FREAMINE III 10 % SOLUTION	4	BvD; MO
<i>hepatamine 8 % solution</i>	4	BvD; MO
INTRALIPID 20 % EMULSION	2	BvD; MO; GC
ISOLYTE-P IN D5W SOLUTION	4	MO
ISOLYTE-S SOLUTION	4	MO

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>kcl in dextrose-nacl 10-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 30-5-0.45 meq/l-%-% solution, 40-5-0.45 meq/l-%-% solution</i>	2	MO; GC
KCL IN DEXTROSE-NACL 40-5-0.9 MEQ/L-%-% SOLUTION	3	MO
<i>klor-con 10 10 meq tab er</i>	1	MO; 90D; GC
<i>klor-con 20 meq packet</i>	2	MO; 90D; GC
<i>klor-con 8 meq tab er</i>	1	MO; 90D; GC
<i>klor-con m10 10 meq tab er</i>	1	MO; 90D; GC
<i>klor-con m15 15 meq tab er</i>	1	MO; 90D; GC
<i>klor-con m20 20 meq tab er</i>	1	MO; 90D; GC
<i>klor-con sprinkle 8 cap er, 10 cap er</i>	1	MO; 90D; GC
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	2	MO; GC
NEPHRAMINE 5.4 % SOLUTION	4	BvD; MO
NORMOSOL-M IN D5W SOLUTION	4	MO
NORMOSOL-R IN D5W SOLUTION	4	MO
NORMOSOL-R PH 7.4 SOLUTION	4	MO
NUTRILIPID 20 % EMULSION	2	BvD; MO; GC
PLASMA-LYTE 148 SOLUTION	4	MO
PLASMA-LYTE A SOLUTION	4	MO
<i>plenamine 15 % solution</i>	2	BvD; MO; GC
<i>potassium chloride 10 meq cap er</i>	1	MO; 90D; GC
<i>potassium chloride 10 meq tab er</i>	1	MO; 90D; GC
POTASSIUM CHLORIDE 2 MEQ/ML SOLUTION, 10 % SOLUTION, 20 MEQ/100ML SOLUTION	2	MO; GC
<i>potassium chloride 20 meq packet, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution</i>	2	MO; 90D; GC
<i>potassium chloride 20 meq tab er</i>	1	MO; 90D; GC
<i>potassium chloride 8 meq cap er</i>	1	MO; 90D; GC
<i>potassium chloride 8 meq tab er</i>	1	MO; 90D; GC
<i>potassium chloride crys 10 meq tab er</i>	1	MO; 90D; GC
<i>potassium chloride crys 20 meq tab er</i>	1	MO; 90D; GC
<i>potassium chloride in nacl 20-0.45 meq/l-% solution, 20-0.9 meq/l-% solution</i>	2	MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>potassium citrate 10 meq (1080 mg) tab er</i>	2	MO; GC
<i>potassium citrate 15 meq (1620 mg) tab er</i>	2	MO; GC
<i>potassium citrate 5 meq (540 mg) tab er</i>	2	MO; GC
PREMASOL 10 % SOLUTION	4	BvD; MO
PROCALAMINE 3 % SOLUTION	4	BvD; MO
PROSOL 20 % SOLUTION	4	BvD; MO
<i>sodium chloride 0.45 % solution, 0.9 % solution, 3 % solution, 5 % solution</i>	2	MO; GC
<i>sodium fluoride 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	2	MO; GC
<i>sodium fluoride 2.2 mg</i>	2	MO; GC
TRAVASOL 10 % SOLUTION	4	BvD; MO
TROPHAMINE 10 % SOLUTION	4	BvD; MO
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers/Modificadores De Electrolitos/Minerales/Metales		
<i>clovique 250 mg cap</i>	5	
<i>deferasirox 125 mg tab sol, 250 mg tab sol, 500 mg tab sol</i>	5	PA
<i>deferiprone 500 mg tab</i>	5	PA; LA
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	4	PA; LA
FERRIPROX 500 MG TAB, 1000 MG TAB	5	PA; LA
FERRIPROX TWICE-A-DAY 1000 MG TAB	5	PA
JYNARQUE 15 MG TAB, 30 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
SAMSCA 15 MG TAB	5	PA; QL (30 per 30 days)
SAMSCA 30 MG TAB	5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>tolvaptan 15 mg tab</i>	5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tolvaptan 30 mg tab</i>	5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>trientine hcl 250 mg cap</i>	5	
Phosphate Binders/Aglutinantes De Fosfato		
AURYXIA 1 GM 210 MG(Fe) TAB	4	PA; MO
<i>calcium acetate (phos binder) 667 mg cap, 667 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>calcium acetate 667 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>sevelamer carbonate 0.8 gm packet</i>	5	QL (540 per 30 days); MO
<i>sevelamer carbonate 2.4 gm packet</i>	5	QL (180 per 30 days); MO
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	2	QL (540 per 30 days); MO; 90D; GC
VELPHORO 500 MG CHEW TAB	5	QL (180 per 30 days); MO
Potassium Binders/Aglutinantes De Potasio		

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	2	MO; GC
LOKELMA 5 GM PACKET, 10 GM PACKET	3	MO
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	1	GC
<i>sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml suspension</i>	2	MO; GC
<i>sps 15 gm/60ml suspension</i>	2	MO; GC
VELTASSA 16.8 GM PACKET	5	
VELTASSA 8.4 GM PACKET, 25.2 GM PACKET	4	
Vitamins/Vitaminas		
<i>dextrose 5 % solution, 10 % solution</i>	2	MO; GC
DEXTROSE-NAACL 10-0.2 % SOLUTION	3	MO
<i>dextrose-nacl 2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.33 % solution, 5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution, 10-0.45 % solution</i>	2	MO; GC
<i>dextrose-sodium chloride 5-0.3 % solution</i>	2	MO; GC
<i>folic acid 1 mg tab</i>	6	E
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	3	MO
<i>levocarnitine 1 gm/10ml solution</i>	2	BvD; MO; 90D; GC
<i>levocarnitine 330 mg tab</i>	3	BvD; MO
<i>levocarnitine sf 1 gm/10ml solution</i>	2	BvD; MO; 90D; GC
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	2	MO; GC
TPN ELECTROLYTES CONC	3	MO
Gastrointestinal Agents/Agentes Gastrointestinales		
Anti-Constipation Agents/Agentes Para El Estreñimiento		
AMITIZA 8 MCG CAP, 24 MCG CAP	3	QL (60 per 30 days); MO
CLENPIQ 10-3.5-12 MG-GM -GM/160ML SOLUTION	4	MO
<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	1	MO; 90D; GC
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	2	MO; 90D; GC
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	2	MO; GC
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	2	MO; 90D; GC
<i>lactulose 10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution</i>	1	MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	2	MO; 90D; GC
LINZESS 72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP	3	QL (30 per 30 days); MO
<i>lubiprostone 8 mcg cap, 24 mcg cap</i>	2	QL (60 per 30 days); MO; GC
MOVANTIK 12.5 MG TAB, 25 MG TAB	3	QL (30 per 30 days); MO
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	2	MO; GC
SUPREP BOWEL PREP KIT 17.5-3.13-1.6 GM/177ML SOLUTION	4	MO
<i>trilyte 420 gm recon soln</i>	2	MO; GC
Anti-Diarrheal Agents/Agentes Antidiarreicos		
<i>alosetron hcl 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	5	PA; QL (60 per 30 days); MO
<i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i>	1	MO; GC
<i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg/5ml liquid</i>	2	MO; GC
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	1	MO; GC
MYTESI 125 MG TAB DR	4	MO
Antispasmodics, Gastrointestinal/Antiespasmódicos, Gastrointestinales		
<i>dicyclomine hcl 10 mg cap, 20 mg tab</i>	1	MO; GC
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i>	2	MO; GC
<i>glycopyrrolate 1 mg tab</i>	1	MO; GC
<i>glycopyrrolate 2 mg tab</i>	2	MO; GC
<i>hyoscyamine sulfate 0.125 mg sl tab, 0.125 mg tab, 0.125 mg tab disp</i>	2	MO; GC
<i>methscopolamine bromide 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	2	MO; GC
Gastrointestinal Agents, Other/Agentes Gastrointestinales, Otro		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz misc</i>	2	MO; GC
GATTEX 5 MG KIT	5	PA; LA
<i>gavilyte-c 240 gm recon soln</i>	1	MO; GC
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	1	MO; GC
<i>peg 3350/electrolytes 240 gm recon soln</i>	1	MO; GC
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	1	MO; GC
<i>ursodiol 250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists/Antagonistas De Los Receptores Histamina 2 (H2)		

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>cimetidine 200 mg tab</i>	2	MO; GC
<i>cimetidine 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>cimetidine hcl 300 mg/5ml solution</i>	2	MO; 90D; GC
<i>cimetidine hcl 400 mg/6.67ml solution</i>	2	MO; GC
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>nizatidine 150 mg cap, 300 mg cap</i>	1	MO; 90D; GC
<i>ranitidine hcl 15 mg/ml syrup, 75 mg/5ml syrup, 150 mg/10ml syrup</i>	2	MO; 90D; GC
<i>ranitidine hcl 150 mg cap, 150 mg tab, 300 mg cap, 300 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
Protectants/Protectores		
CARAFATE 1 GM/10ML SUSPENSION	4	MO
sucralfate 1 gm tab	1	MO; 90D; GC
sucralfate 1 gm/10ml suspension	4	MO
Proton Pump Inhibitors/Inhibidores De La Bomba De Protones		
DEXILANT 30 MG CAP DR, 60 MG CAP DR	3	ST; QL (30 per 30 days); MO
<i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	2	MO; GC; OTC
<i>lansoprazole 15 mg tab dr disp</i>	2	MO; 90D; GC; OTC
<i>lansoprazole 30 mg cap dr, 30 mg tab dr disp</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	2	MO; GC; OTC
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr</i>	2	MO; 90D; GC
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>	2	GC; OTC
<i>omeprazole oral tablet delayed release 20 mg</i>	2	GC; OTC
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr, 40 mg tab dr</i>	2	MO; 90D; GC
Genetic Or Enzyme Or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment/Trastorno Genético, Enzimático O Proteico: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento		

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
Genetic Or Enzyme Or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment/Trastorno Genético, Enzimático O Proteico: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento		
CREON 3000-9500 CP DR PART, 6000 CP DR PART, 12000 CP DR PART, 24000-76000 CP DR PART, 36000 CP DR PART	3	MO
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	2	MO; 90D; GC
CYSTADANE POWDER	5	LA
CYSTAGON 50 MG CAP, 150 MG CAP	4	LA
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	5	LA
ENDARI 5 GM PACKET	5	LA
GALAFOLD 123 MG CAP	5	PA; LA
KUVAN 100 MG PACKET, 100 MG TAB, 500 MG PACKET	5	PA; LA
<i>miglustat 100 mg cap</i>	5	PA; LA
<i>nitisinone 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap</i>	5	PA
ORFADIN 4 MG/ML SUSPENSION, 20 MG CAP	5	PA; LA
PROLASTIN-C 1000 MG RECON SOLN	5	PA; LA
RAVICTI 1.1 GM/ML LIQUID	5	PA; LA; QL (525 per 30 days)
<i>sapropterin dihydrochloride 100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate 3 gm/tsp powder</i>	2	PA; 90D; GC
<i>sodium phenylbutyrate 500 mg tab</i>	5	PA
TEGSEDI 284 MG/1.5ML SOLN PRSYR	5	PA; LA; QL (6 per 28 days)
XURIDEN 2 GM PACKET	5	PA; QL (120 per 30 days)
ZENPEP 3000-14000 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	3	
Genitourinary Agents/Agentes Genitourinarios		
Antispasmodics, Urinary/Antiespasmódicos, Urinarios		
<i>darifenacin hydrobromide 15 mg tab er 24h</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>darifenacin hydrobromide 7.5 mg tab er 24h</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>flavoxate hcl 100 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
MYRBETRIQ 25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H	3	QL (30 per 30 days); MO
oxybutynin chloride 10 mg tab er 24h	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
oxybutynin chloride 15 mg tab er 24h	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
oxybutynin chloride 5 mg tab	1	QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
oxybutynin chloride 5 mg tab er 24h	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
oxybutynin chloride 5 mg/5ml syrup	1	QL (600 per 30 days); MO; 90D; GC
solifenacin succinate 5 mg tab, 10 mg tab	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
tolterodine tartrate 2 mg cap er 24h	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
tolterodine tartrate 4 mg cap er 24h	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
VESICARE 5 MG TAB, 10 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); MO
Benign Prostatic Hypertrophy Agents/Agentes Para La Hiperplasia Prostática Benigna		
alfuzosin hcl 10 mg tab er 24h	1	MO; 90D; GC
dutasteride 0.5 mg cap	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
finasteride 5 mg tab	1	MO; 90D; GC
RAPAFLO 4 MG CAP	4	MO
silodosin 4 mg cap, 8 mg cap	2	MO; 90D; GC
tadalafil 10 mg tab, 20 mg tab	6	QL (6 per 30 days); E
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	2	MO; 90D; GC
Genitourinary Agents, Other/Agentes Genitourinarios, Otro		
bethanechol chloride 5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	MO; GC
LITHOSTAT 250 MG TAB	4	MO
penicillamine 250 mg cap	5	MO
sildenafil citrate 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab	6	QL (6 per 30 days); E

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Glándula Adrenal)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Glándula Adrenal)		
ACTHAR 80 UNIT/ML GEL	5	PA; LA
alclometasone dipropionate 0.05 % cream	2	MO; GC
betamethasone dipropionate 0.05 % ointment	2	MO; GC
betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream, 0.05 % lotion	2	MO; GC
clobetasol prop emollient base 0.05 % cream	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
clobetasol propionate e 0.05 % cream	2	QL (120 per 30 days); MO; GC
decadron 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab	1	MO; GC
desonide 0.05 % lotion	2	MO; GC
dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab	1	MO; GC
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	1	MO; 90D; GC
HEMADY 20 MG TAB	4	MO
hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment	2	MO; GC
hydrocortisone valerate 0.2 % ointment	2	MO; GC
KORLYM 300 MG TAB	5	PA; LA
methylprednisolone 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab	1	MO; GC
mometasone furoate 0.1 % cream, 0.1 % ointment	1	MO; GC
prednicarbate 0.1 % cream, 0.1 % ointment	2	MO; GC
prednisolone 15 mg/5ml solution, 15 mg/5ml syrup	2	MO; GC
prednisolone sodium phosphate 6.7 (5 base) mg/5ml solution, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 25 mg/5ml solution, 30 mg tab disp	2	MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>prednisone 1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab</i>	1	MO; GC
<i>prednisone 5 mg/5ml solution</i>	2	MO; GC
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Glándula Pituitaria)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Glándula Pituitaria)		
<i>desmopressin ace spray refriger 0.01 % solution</i>	2	MO; 90D; GC
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	5	PA; LA
NOCDURNA 27.7 MCG SL TAB, 55.3 MCG SL TAB	4	
NORDITROPIN FLEXPRO 5 MG/1.5ML SOLN PEN, 10 MG/1.5ML SOLN PEN, 15 MG/1.5ML SOLN PEN, 30 MG/3ML SOLN PEN	5	PA
OMNITROPE 5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN, 10 MG/1.5ML SOLN CART	5	PA; LA
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Prostaglandins)/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Prostaglandinas)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Prostaglandins)/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Prostaglandinas)		
<i>misoprostol 100 mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>misoprostol 200 mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Modificadores/Hormonas Sexuales)		
Anabolic Steroids/Esteroides Anabólicos		
ANADROL-50 50 MG TAB	5	PA; MO
<i>oxandrolone 10 mg tab</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); MO; GC
<i>oxandrolone 2.5 mg tab</i>	2	PA; QL (240 per 30 days); MO; GC
Androgens/Andrógenos		
<i>danazol 50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap</i>	2	MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>methyltestosterone 10 mg cap</i>	5	MO
<i>testosterone 1.62 % gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel</i>	2	PA; QL (150 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel</i>	2	PA; QL (112.5 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>testosterone 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel</i>	2	PA; QL (300 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>testosterone 30 mg/act solution</i>	2	PA; QL (180 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>testosterone cypionate 100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution</i>	2	PA; MO; GC
<i>testosterone enanthate 200 mg/ml solution</i>	2	PA; MO; GC
Estrogens/Estrógenos		
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>bekyree 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>charlotte 24 fe 1-20 mg-mcg(24) chew tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	4	MO
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>estradiol 0.1 mg/gm cream, 10 mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
estradiol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	PA; MO; 90D; GC; HRM
ethynodiol diac-eth estradiol 1-50 mg-mcg tab	1	MO; 90D; GC
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring	4	MO
femynor 0.25-35 mg-mcg tab	2	MO; 90D; GC
gianvi 3-0.02 mg tab	2	MO; 90D; GC
hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	2	MO; 90D; GC
hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	MO; 90D; GC
isibloom 0.15-30 mg-mcg tab	1	MO; 90D; GC
jasmiel 3-0.02 mg tab	2	MO; 90D; GC
juleber 0.15-30 mg-mcg tab	1	MO; 90D; GC
junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	2	MO; 90D; GC
junel 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	MO; 90D; GC
junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	MO; 90D; GC
kalliga 0.15-30 mg-mcg tab	1	MO; 90D; GC
kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	2	MO; 90D; GC
kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab	1	MO; 90D; GC
kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab	1	MO; 90D; GC
larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	2	MO; 90D; GC
larin 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	MO; 90D; GC
larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	MO; 90D; GC
levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab	1	MO; 90D; GC
lillow 0.15-30 mg-mcg tab	1	MO; 90D; GC
loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab	2	MO; GC
loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab	1	MO; GC
loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	MO; GC
loryna 3-0.02 mg tab	2	MO; 90D; GC
low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab	1	MO; 90D; GC
lo-zumandimine 3-0.02 mg tab	2	MO; 90D; GC
marlissa 0.15-30 mg-mcg tab	1	MO; 90D; GC
melodetta 24 fe 1-20 mg-mcg(24) chew tab	2	MO; 90D; GC
mibelas 24 fe 1-20 mg-mcg(24) chew tab	2	MO; 90D; GC
microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	2	MO; 90D; GC
microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	MO; 90D; GC
microgestin 24 fe 1-20 mg-mcg tab	1	MO; GC
microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>norethin ace-eth estrad-fe 1-20 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>norethin ace-eth estrad-fe 1-20 mg-mcg(24) chew tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>norethindrone acet-ethinyl est 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>norethindrone acet-ethinyl est 1-20 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<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	MO; 90D; GC
<i>pimtrex 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>PREMARIN 0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB</i>	3	PA; MO; HRM
<i>PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM</i>	3	MO
<i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	MO; GC
<i>tri-previfem 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>yuvafem 10 mcg tab</i>	2	MO; 90D; GC
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers), Other/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Modificadores/Hormonas Sexuales), Otros		
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
BIJUVA 1-100 MG CAP	3	PA; MO; HRM
CLIMARA PRO 0.045-0.015 MG/DAY PATCH WK	4	PA; QL (4 per 28 days); MO; HRM
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC
Progestins/Progestina		
<i>camila 0.35 mg tab</i>	3	MO
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	3	MO
DEPO-PROVERA 400 MG/ML SUSPENSION	4	MO
<i>errin 0.35 mg tab</i>	3	MO
<i>heather 0.35 mg tab</i>	3	MO
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	3	MO
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	3	MO
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	3	MO
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	3	MO
<i>medroxyprogesterone acetate 150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension</i>	2	MO; GC
<i>medroxyprogesterone acetate 2.5 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>medroxyprogesterone acetate 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension</i>	1	PA; MO; GC; HRM
<i>megestrol acetate 625 mg/5ml suspension</i>	2	PA; MO; 90D; GC; HRM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	3	MO
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	3	MO
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>norlyda 0.35 mg tab</i>	3	MO
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	3	MO
<i>progesterone 100 mg cap, 200 mg cap</i>	2	MO; 90D; GC
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	3	MO
<i>tulana 0.35 mg tab</i>	3	MO
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents/Agentes Selectivos Modificadores De Los Receptores De Estrógeno		
OSPHENA 60 MG TAB	3	MO
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Tiroides)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Tiroides)		
<i>euthyrox 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>	1	MO; 90D; GC
<i>levo-t 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	MO; 90D; GC
<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	MO; 90D; GC
<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>	1	MO; 90D; GC
<i>liothyronine sodium 5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab</i>	1	MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
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	MO
<i>unithroid 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	MO; 90D; GC
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal)/Agentes, Supresores Hormonales (Glándula Adrenal)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal)/Agentes, Supresores Hormonales (Glándula Adrenal)		
LYSODREN 500 MG TAB	3	MO
Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)/Agentes, Supresores Hormonales (Glándula Pituitaria)		
Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)/Agentes, Supresores Hormonales (Glándula Pituitaria)		
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	2	MO; GC
ELIGARD 22.5 MG KIT, 30 MG KIT, 45 MG KIT	4	PA; NEDS
ELIGARD 7.5 MG KIT	4	PA
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 MG/VIAL RECON SOLN	5	PA; NEDS
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	4	PA
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	2	PA; GC
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 3.75 MG KIT	5	PA; QL (1 per 28 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 7.5 MG KIT	5	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 11.25 MG KIT	5	PA; QL (1 per 84 days); NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 22.5 MG KIT	5	PA; NEDS
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	5	PA; NEDS
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	5	PA; NEDS
<i>octreotide acetate 50 mcg/ml solution, 100 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution</i>	2	PA; 90D; GC
<i>octreotide acetate 500 mcg/ml solution</i>	5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	5	PA; LA; QL (32 per 30 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
SIGNIFOR 0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION	5	PA; LA
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2ML SOLUTION, 90 MG/0.3ML SOLUTION, 120 MG/0.5ML SOLUTION	5	PA
SOMAVERT 10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN	5	PA; LA
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	5	PA
TRELSTAR MIXJECT 11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP	5	PA; NEDS
TRELSTAR MIXJECT 3.75 MG RECON SUSP	5	PA
Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)/Agentes, Supresores Hormonales (Tiroides)		
Antithyroid Agents/Agentes Antitiroideos		
<i>methimazole 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	1	MO; 90D; GC
Immunological Agents/Agentes Inmunitarios		
Angioedema Agents/Agentes Para Angioedema		
CINRYZE 500 UNIT RECON SOLN	5	PA; LA
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml solution</i>	5	PA
<i>sajazir 30 mg/3ml solution</i>	5	PA
TAKHZYRO 300 MG/2ML SOLUTION	5	PA; LA
Immunoglobulins/Inmunoglobulinas		
BIVIGAM 5 GM/50ML SOLUTION	3	PA
CARIMUNE NF 6 GM RECON SOLN	5	PA
FLEBOGAMMA DIF 10 GM/100ML SOLUTION	4	PA
FLEBOGAMMA DIF 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION	5	PA
GAMMAGARD 1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML 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 10 GM/100ML SOLUTION	4	PA
GAMMAPLEX 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION	5	PA

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
GAMUNEX-C 1 GM/10ML SOLUTION	5	PA
HYPERRAB S/D 1500 UNIT/10ML SOLUTION	3	MO
KEDRAB 1500 UNIT/10ML SOLUTION	3	MO
OCTAGAM 1 GM/20ML SOLUTION, 2 GM/20ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION	5	PA
OCTAGAM 10 GM/100ML SOLUTION	4	PA
PRIVIGEN 10 GM/100ML SOLUTION	4	PA
PRIVIGEN 5 GM/50ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION	5	PA
VARIZIG 125 UNIT/1.2ML SOLUTION	3	
Immunological Agents, Other/Agentes Inmunitarios, Otro		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	5	PA
BENLYSTA 200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; LA; QL (8 per 28 days)
COSENTYX 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; LA; QL (8 per 28 days)
COSENTYX 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (2 per 28 days)
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	5	PA; LA; QL (8 per 28 days)
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	5	PA; LA; QL (8 per 28 days)
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT	5	PA; QL (6 per 365 days); NEDS
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN A-INJ, 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (6 per 365 days); NEDS
STELARA 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 90 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (1 per 28 days)
STELARA 45 MG/0.5ML SOLUTION	5	PA; LA; QL (1 per 28 days)
XOLAIR 150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; LA; QL (8 per 28 days)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	PA; LA; QL (4 per 28 days)
Immunostimulants/Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE 2000000 UNIT/0.5ML SOLUTION	5	PA; LA

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
INTRON A 10000000 RECON SOLN, 18000000 RECON SOLN	3	BvD
INTRON A 10000000 UNIT/ML SOLUTION	4	BvD
INTRON A 6000000 UNIT/ML SOLUTION, 50000000 UNIT RECON SOLN	5	BvD
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLUTION, 180 MCG/ML SOLUTION	5	
PEGASYS PROCLICK 180 MCG/0.5ML SOLUTION	5	
SYLATRON 200 MCG KIT, 300 MCG KIT, 600 MCG KIT	5	PA
Immunosuppressants/Inmunosupresores		
ASTAGRAF XL 0.5 MG CAP ER 24H, 1 MG CAP ER 24H, 5 MG CAP ER 24H	4	BvD
AZASAN 75 MG TAB, 100 MG TAB	4	BvD; MO
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	2	BvD; MO; 90D; GC
<i>cyclosporine 100 mg cap</i>	2	BvD; 90D; GC
<i>cyclosporine 25 mg cap</i>	1	BvD; 90D; GC
<i>cyclosporine modified 25 mg cap</i>	1	BvD; 90D; GC
<i>cyclosporine modified 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution</i>	2	BvD; 90D; GC
ENBREL 25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (8 per 28 days)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (4.08 per 28 days)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	5	PA; QL (4 per 28 days)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	5	PA; QL (8 per 28 days)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	5	PA; QL (8 per 28 days)
ENVARUSUS XR 0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H	4	BvD
ENVARUSUS XR 4 MG TAB ER 24H	5	BvD
<i>everolimus 0.25 mg tab</i>	2	BvD; MO; 90D; GC
<i>everolimus 0.5 mg tab, 0.75 mg tab</i>	5	BvD
<i>gengraf 100 mg cap, 100 mg/ml solution</i>	2	BvD; 90D; GC
<i>gengraf 25 mg cap</i>	1	BvD; 90D; GC
HUMIRA 10 MG/0.1ML PREF SY KT, 10 MG/0.2ML PREF SY KT, 20 MG/0.2ML PREF SY KT, 20 MG/0.4ML PREF SY KT	5	PA; QL (2 per 28 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
HUMIRA 40 MG/0.4ML PREF SY KT, 40 MG/0.8ML PREF SY KT	5	PA; QL (4 per 28 days)
HUMIRA 80 MG/0.8ML PEN KIT	5	PA; QL (6 per 365 over time); NEDS
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PREF SY KT	5	PA; QL (12 per 365 over time); NEDS
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 80 MG/0.8ML PREF SY KT	5	PA; QL (6 per 365 over time); NEDS
HUMIRA PEN 40 MG/0.4ML PEN KIT, 40 MG/0.8ML PEN KIT	5	PA; QL (4 per 28 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER 40 MG/0.8ML PEN KIT	5	PA; QL (12 per 365 over time); NEDS
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER 80 MG/0.8ML PEN KIT	5	PA; QL (6 per 365 over time); NEDS
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START 80 MG/0.8ML PEN KIT	5	PA; QL (8 per 365 over time); NEDS
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START 40 MG/0.8ML PEN KIT	5	PA; QL (8 per 365 over time); NEDS
HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT STARTER 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PEN KIT	5	PA; QL (6 per 365 over time); NEDS
<i>leflunomide 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>methotrexate 2.5 mg tab</i>	1	MO; GC
<i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution</i>	1	MO; GC
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab, 50 mg/2ml solution</i>	1	MO; GC
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml recon susp</i>	5	BvD
<i>mycophenolate mofetil 250 mg cap, 500 mg tab</i>	2	BvD; 90D; GC
<i>mycophenolate sodium 180 mg tab dr, 360 mg tab dr</i>	2	BvD; 90D; GC
PROGRAF 0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET	4	BvD
RINVOQ 15 MG TAB ER 24H	5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	2	BvD; 90D; GC
<i>sirolimus 1 mg/ml solution</i>	2	BvD; GC
<i>sirolimus 2 mg tab</i>	5	BvD

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>tacrolimus 0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap</i>	2	BvD; 90D; GC
TREXALL 5 MG TAB, 7.5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB	4	MO
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	4	
ZORTRESS 0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 0.75 MG TAB, 1 MG TAB	5	BvD
Vaccines/Vacunas		
ACTHIB RECON SOLN	4	MO
ADACEL 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION	4	MO
BCG VACCINE INJECTABLE	2	MO; GC
BEXSERO SUSP PRSYR	4	MO
BOOSTRIX 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION	4	MO
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	4	MO
DIPHtheria-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	2	MO; GC
ENGERIX-B 10 MCG/0.5ML SUSPENSION, 20 MCG/ML SUSPENSION	4	BvD; MO
GARDASIL 9 SUSP PRSYR, SUSPENSION	4	MO
HAVRIX 720 U/0.5ML SUSPENSION, 1440 U/ML SUSPENSION	4	MO
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	4	MO
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML INJECTABLE	4	MO
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	4	MO
IPOL INJECTABLE	4	MO
IXIARO SUSPENSION	4	MO
KINRIX SUSPENSION	4	MO
MENACTRA INJECTABLE	4	
MENQUADFI INJECTABLE	4	
MENVEO RECON SOLN	4	MO
M-M-R II RECON SOLN	4	MO
PEDIARIX SUSPENSION	4	MO
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	4	MO
PROQUAD RECON SUSP	4	MO
QUADRACEL SUSPENSION	4	MO
RABAVERT RECON SUSP	4	MO

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5ML SUSPENSION, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION	4	BvD; MO
ROTARIX RECON SUSP	4	MO
ROTATEQ SOLUTION	3	MO
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	4	MO
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	2	MO; GC
TENIVAC 5-2 LFU INJECTABLE	4	MO
TRUMENBA SUSP PRSYR	4	MO
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	4	MO
TYPHIM VI 25 MCG/0.5ML SOLUTION	4	MO
VAQTA 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION, 50 UNIT/ML SUSPENSION	4	MO
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML INJECTABLE	4	MO
YF-VAX INJECTABLE	4	MO
ZOSTAVAX 19400 UNT/0.65ML RECON SUSP	4	MO

Inflammatory Bowel Disease Agents/Agentes Para La Enfermedad Intestinal Inflamatoria

Aminosalicylates/Aminosalicilatos

<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	2	MO; GC
<i>mesalamine 0.375 gm cap er 24h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr, 4 gm enema, 800 mg tab dr, 1000 mg suppos</i>	2	MO; GC
<i>mesalamine 400 mg cap dr</i>	2	MO; 90D; GC
<i>sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr</i>	1	MO; 90D; GC

Glucocorticoids/Glucocorticoides

<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	2	MO; GC
<i>budesonide 9 mg tab er 24h</i>	5	PA; MO
<i>hydrocortisone 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	MO; GC
UCERIS 2 MG/ACT FOAM	4	MO

Metabolic Bone Disease Agents/Agentes De Enfermedades Óseas Metabólicas

Metabolic Bone Disease Agents/Agentes De Enfermedades Óseas Metabólicas

<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	1	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>alendronate sodium 35 mg tab, 70 mg tab</i>	1	QL (4 per 28 days); MO; 90D; GC
<i>alendronate sodium 40 mg tab</i>	1	QL (30 per 30 days); MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>alendronate sodium 70 mg/75ml solution</i>	2	QL (300 per 28 days); MO; 90D; GC
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	2	QL (4 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>calcitriol 0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap</i>	1	BvD; MO; 90D; GC
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i>	2	BvD; MO; 90D; GC
<i>cinacalcet hcl 30 mg tab</i>	2	BvD; QL (60 per 30 days); 90D; GC
<i>cinacalcet hcl 60 mg tab</i>	5	BvD; QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl 90 mg tab</i>	5	BvD; QL (120 per 30 days)
<i>doxercalciferol 0.5 mcg cap, 1 mcg cap, 2.5 mcg cap</i>	2	BvD; MO; 90D; GC
<i>ergocalciferol 1.25 mg (50000 ut) cap</i>	6	E
FORTEO 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	5	PA; QL (3 per 28 days); MO
FOSAMAX PLUS D 70-2800 TAB, 70-5600 TAB	4	ST; QL (4 per 28 days); MO
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	2	QL (1 per 28 days); MO; 90D; GC
NATPARA 25 MCG CARTRIDGE, 50 MCG CARTRIDGE, 75 MCG CARTRIDGE, 100 MCG CARTRIDGE	5	PA; QL (2 per 28 days)
<i>paricalcitol 1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap</i>	2	BvD; MO; 90D; GC
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	4	PA; QL (1 per 180 over time); NEDS
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	2	ST; QL (1 per 28 days); MO; 90D; GC
<i>risedronate sodium 30 mg tab</i>	2	ST; QL (30 per 30 days); MO; GC
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	2	ST; QL (4 per 28 days); MO; 90D; GC
<i>risedronate sodium 5 mg tab</i>	2	ST; QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	5	PA; QL (3 per 28 days); MO
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	5	PA; QL (1.56 per 28 days)
<i>vitamin d (ergocalciferol) 1.25 mg (50000 ut) cap</i>	6	E

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	5	PA; QL (5.1 per 28 days)
Miscellaneous Therapeutic Agents/Agentes Terapéuticos Varios		
Miscellaneous Therapeutic Agents/Agentes Terapéuticos Varios		
ALCOHOL SWABS	3	MO; OTC
GAUZE STERILE PADS 2	2	QL (200 per 30 days); GC; OTC
INSULIN PEN NEEDLE	3	QL (200 per 30 days); MO; OTC
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML	3	QL (200 per 30 days); MO; OTC
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML	3	QL (200 per 30 days); MO; OTC
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML	3	QL (200 per 30 days); MO; OTC
INTRAROSA 6.5 MG INSERT	3	QL (30 per 30 days); MO
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	3	QL (200 per 30 days); MO; OTC
TRODELVY 180 MG RECON SOLN	5	PA
Ophthalmic Agents/Agentes Oftálmicos		
Ophthalmic Agents, Other/Agentes Oftálmicos, Otro		
<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	1	MO; GC
ATROPINE SULFATE 1 % OINTMENT, 1 % SOLUTION	3	MO
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i>	1	MO; GC
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	2	MO; GC
BLEPHAMIDE S.O.P. 10-0.2 % OINTMENT	4	MO
COMBIGAN 0.2-0.5 % SOLUTION	4	MO
<i>cyclopentolate hcl 1 % solution</i>	2	MO; GC
<i>dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution</i>	1	MO; 90D; GC
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	1	MO; 90D; GC
ISOPTO ATROPINE 1 % SOLUTION	3	MO
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx 3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment</i>	2	MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
neomycin-polymyxin-dexameth 0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension	1	MO; GC
neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75-10000-.025 solution	2	MO; GC
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10000-1 suspension	2	MO; GC
neo-polycin 3.5-400-10000 ointment	2	MO; GC
neo-polycin hc 1 % ointment	2	MO; GC
OXERVATE 0.002 % SOLUTION	5	
polycin 500-10000 unit/gm ointment	1	MO; GC
proparacaine hcl 0.5 % solution	1	MO; GC
RESTASIS 0.05 % EMULSION	3	QL (60 per 30 days); MO
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EMULSION	3	QL (5.5 per 28 days); MO
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	3	MO
sulfacetamide-prednisolone 10-0.23 % solution	2	MO; GC
TOBRADEX 0.3-0.1 % OINTMENT	4	MO
TOBRADEX ST 0.3-0.05 % SUSPENSION	4	MO
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	2	MO; GC
XIIDRA 5 % SOLUTION	3	QL (60 per 30 days); MO
ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION	4	MO
Ophthalmic Anti-Allergy Agents/Agentes Antialérgicos Oftálmicos		
azelastine hcl 0.05 % solution	2	MO; GC
bepotastine besilate 1.5 % solution	2	MO; GC
BEPREVE 1.5 % SOLUTION	4	MO
cromolyn sodium 4 % solution	1	MO; GC
olopatadine hcl 0.1 % solution, 0.2 % solution	2	MO; GC
PAZEO 0.7 % SOLUTION	4	MO
Ophthalmic Anti-Infectives/Antiinfeciosos Oftálmicos		
bacitracin 500 unit/gm ointment	2	MO; GC
erythromycin 5 mg/gm ointment	1	MO; GC
gatifloxacin 0.5 % solution	2	MO; GC
gentamicin sulfate 0.3 % solution	1	MO; GC
levofloxacin 0.5 % solution	2	MO; GC
MOXEZA 0.5 % SOLUTION	3	MO

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>moxifloxacin hcl (2x day) 0.5 % solution</i>	2	MO; GC
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	2	MO; GC
NATACYN 5 % SUSPENSION	4	MO
<i>ofloxacin ophth soln 0.3%</i>	1	MO; GC
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>	1	MO; GC
<i>sulfacetamide sodium 10 % solution</i>	1	MO; GC
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	1	MO; GC
TOBREX 0.3 % OINTMENT	4	MO
Ophthalmic Anti-Inflammatories/Antiinflamatorios Oftálmicos		
ALREX 0.2 % SUSPENSION	4	MO
BROMSITE 0.075 % SOLUTION	4	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate 0.1 % solution</i>	2	MO; GC
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	1	MO; GC
DUREZOL 0.05 % EMULSION	3	MO
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	2	MO; GC
<i>flurbiprofen sodium 0.03 % solution</i>	2	MO; GC
FML 0.1 % OINTMENT	4	MO
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	4	MO
FML LIQUIFILM 0.1 % SUSPENSION	4	MO
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	3	MO
<i>ketorolac tromethamine 0.4 % solution, 0.5 % solution</i>	2	MO; GC
LOTEMAX 0.5 % GEL, 0.5 % OINTMENT	3	MO
LOTEMAX SM 0.38 % GEL	3	MO
<i>loteprednol etabonate 0.5 % gel, 0.5 % suspension</i>	2	MO; GC
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	2	MO; GC
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	3	MO
PROLENSA 0.07 % SOLUTION	4	MO
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents/Agentes Bloqueantes Beta Adrenérgicos Oftálmicos		
<i>betaxolol hcl 0.5 % solution</i>	2	MO; 90D; GC
<i>carteolol hcl 1 % solution</i>	1	MO; 90D; GC
<i>levobunolol hcl 0.5 % solution</i>	1	MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>timolol maleate 0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln</i>	2	MO; 90D; GC
<i>timolol maleate 0.25 % solution, 0.5 % (daily) solution, 0.5 % solution</i>	1	MO; 90D; GC
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other/Agentes Oftálmicos Reductores De La Presión Intraocular, Otro		
<i>acetazolamide 500 mg cap er 12h</i>	2	MO; 90D; GC
ALPHAGAN P 0.1 % SOLUTION, 0.15 % SOLUTION	3	MO
AZOPT 1 % SUSPENSION	3	MO
<i>brimonidine tartrate 0.15 % solution, 0.2 % solution</i>	2	MO; 90D; GC
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	2	MO; GC
<i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>	1	MO; 90D; GC
<i>methazolamide 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>pilocarpine hcl 1 % solution, 2 % solution, 4 % solution</i>	2	MO; 90D; GC
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	3	MO
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	4	MO
Ophthalmic Prostaglandin And Prostamide Analogs/Análogos Oftálmicos De La Prostaglandina Y La Prostamida		
<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	2	MO; 90D; GC
<i>latanoprost 0.005 % solution</i>	1	MO; 90D; GC
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	3	MO
TRAVATAN Z 0.004 % SOLUTION	3	MO
<i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>	2	MO; 90D; GC
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	4	MO
Otic Agents/Agentes Óticos		
Otic Agents/Agentes Óticos		
CIPRODEX 0.3-0.1 % SUSPENSION	4	MO
<i>ciprofloxacin hcl 0.2 % solution</i>	2	MO; GC
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	2	GC
<i>flac 0.01 % oil</i>	2	MO; GC
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % oil</i>	2	MO; GC
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	2	MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
neomycin-polymyxin-hc 1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension	2	MO; GC
ofloxacin otic soln 0.3%	2	MO; GC
Respiratory Tract/Pulmonary Agents/Agentes Pulmonares/De Las Vías Respiratorias		
Antihistamines/Antihistamínicos		
azelastine hcl 0.1 % solution, 0.15 % solution, 137 mcg/spray solution	2	QL (30 per 25 days); MO; GC
azelastine-fluticasone 137-50 mcg/act suspension	2	QL (23 per 28 days); MO; GC
carbinoxamine maleate 4 mg/5ml solution	2	PA; MO; GC; HRM
cetirizine hcl 1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution	1	MO; GC
cetirizine hcl allergy child 5 mg/5ml solution	1	MO; GC
clemastine fumarate 2.68 mg tab	2	PA; MO; GC; HRM
cyproheptadine hcl 2 mg/5ml syrup	1	PA; MO; GC; HRM
cyproheptadine hcl 4 mg tab	1	MO; GC
DYMISTA 137-50 MCG/ACT SUSPENSION	4	QL (23 per 28 days); MO
hydroxyzine hcl 10 mg tab, 10 mg/5ml syrup, 25 mg tab, 50 mg tab	1	MO; GC;
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab	1	MO; GC
olopatadine hcl 0.6 % solution	2	QL (31 per 30 days); MO; GC
promethazine hcl 6.25 mg/5ml solution, 6.25 mg/5ml syrup	2	PA; MO; GC; HRM
Anti-Inflammatories, Inhaled Corticosteroids/Antiinflamatorios, Corticoides Inhalados		
ARNUITY ELLIPTA 50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA	3	QL (30 per 30 days); MO
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/INH AER POW BA	3	QL (1 per 30 days); MO
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/INH AER POW BA	3	QL (2 per 30 days); MO
ASMANEX (30 METERED DOSES) 110 MCG/INH AER POW BA, 220 MCG/INH AER POW BA	3	QL (1 per 30 days); MO
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/INH AER POW BA	3	QL (1 per 30 days); MO

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
ASMANEX (7 METERED DOSES) 110 MCG/INH AER POW BA	3	QL (4 per 30 days); MO
ASMANEX HFA 50 MCG/ACT AEROSOL, 100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL	3	QL (13 per 30 days); MO
<i>budesonide 0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension</i>	2	BvD; QL (120 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>budesonide 1 mg/2ml suspension</i>	2	BvD; QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
FLOVENT DISKUS 250 MCG/BLIST AER POW BA	3	QL (240 per 30 days); MO
FLOVENT DISKUS 50 MCG/BLIST AER POW BA, 100 MCG/BLIST AER POW BA	3	QL (60 per 30 days); MO
FLOVENT HFA 110 MCG/ACT AEROSOL	3	QL (12 per 30 days); MO
FLOVENT HFA 220 MCG/ACT AEROSOL	3	QL (24 per 30 days); MO
FLOVENT HFA 44 MCG/ACT AEROSOL	3	QL (11 per 30 days); MO
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	1	QL (75 per 30 days); MO; GC
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	1	QL (16 per 30 days); MO; GC
<i>mometasone furoate 50 mcg/act suspension</i>	2	MO; GC
Antileukotrienes/Antagonistas Del Receptor De Leucotrienos		
<i>montelukast sodium 4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab, 10 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>zafirlukast 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
Bronchodilators, Anticholinergic/Broncodilatadores, Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	3	QL (26 per 30 days); MO
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	1	BvD; MO; 90D; GC
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution, 0.06 % solution</i>	1	QL (30 per 30 days); MO; 90D; GC
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	3	QL (30 per 30 days); MO
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN	3	QL (4 per 30 days); MO
Bronchodilators, Sympathomimetic/Broncodilatadores, Simpaticomiméticos		
<i>albuterol sulfate 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, (2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln</i>	2	BvD; QL (360 per 30 days); MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>albuterol sulfate 2 mg tab, 4 mg tab</i>	2	MO; 90D; GC
<i>albuterol sulfate 2 mg/5ml syrup</i>	1	MO; 90D; GC
<i>albuterol sulfate 2.5 mg/0.5ml nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln</i>	2	BvD; QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>albuterol sulfate 4 mg tab er 12h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>albuterol sulfate 8 mg tab er 12h</i>	2	MO; 90D; GC
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	2	MO; 90D; GC
<i>arformoterol tartrate 15 mcg/2ml nebu soln</i>	5	BvD; QL (120 per 30 days)
BROVANA 15 MCG/2ML NEBU SOLN	5	BvD; QL (120 per 30 days); MO
<i>epinephrine 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj</i>	2	QL (2 per 28 days); MO; GC
<i>levalbuterol hcl 0.31 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln</i>	2	BvD; QL (270 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>levalbuterol hcl 0.63 mg/3ml nebu soln</i>	2	BvD; QL (540 per 30 days); MO; 90D; GC
<i>levalbuterol tartrate 45 mcg/act aerosol</i>	2	QL (45 per 30 days); MO; 90D; GC
PROAIR HFA 108 (90 BASE) MCG/ACT AERO SOLN	4	MO
PROAIR RESPICLICK 108 (90 BASE) MCG/ACT AER POW BA	4	MO
PROVENTIL HFA 108 (90 BASE) MCG/ACT AERO SOLN	4	MO
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE AER POW BA	3	QL (60 per 30 days); MO
SYMJEPI 0.15 MG/0.3ML SOLN PRSYR, 0.3 MG/0.3ML SOLN PRSYR	3	QL (2 per 28 days); MO
VENTOLIN HFA 108 (90 BASE) MCG/ACT AERO SOLN	3	MO
Cystic Fibrosis Agents/Agentes Para La Fibrosis Quística		
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	5	PA; LA
KALYDECO 150 MG TAB	5	PA; QL (60 per 30 days)
KALYDECO 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET	5	PA; QL (56 per 28 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
ORKAMBI 100-125 MG PACKET, 150-188 MG PACKET	5	PA; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI 100-125 MG TAB, 200-125 MG TAB	5	PA; QL (120 per 30 days)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION	5	BvD
SYMDEKO 100-150 & 150 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (56 per 28 days)
SYMDEKO 50-75 & 75 MG TAB THPK	5	PA; QL (56 per 28 days); MO
TOBI PODHALER 28 MG CAP	5	LA; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	5	BvD; QL (280 per 28 days)
Mast Cell Stabilizers/Estabilizadores De Células Maestras		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	2	BvD; QL (240 per 30 days); MO; 90D; GC
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease/Inhibidores De La Fosfodiesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias		
DALIRESP 250 MCG TAB, 500 MCG TAB	3	PA; QL (30 per 30 days); MO
<i>theophylline 300 mg tab er 12h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>theophylline 400 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>theophylline 600 mg tab er 24h</i>	1	MO; 90D; GC
<i>theophylline 80 mg/15ml solution</i>	2	MO; 90D; GC
Pulmonary Antihypertensives/Agentes Para La Hipertensión Pulmonar		
ADEMPAS 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB	5	PA; LA
<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; LA; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT 10 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); MO
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	2	PA; QL (90 per 30 days); 90D; GC
TRACLEER 32 MG TAB SOL	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	5	PA; LA
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; LA; QL (60 per 30 days)
Pulmonary Fibrosis Agents/Agentes Para La Fibrosis Pulmonar		
ESBRIET 267 MG CAP, 267 MG TAB	5	PA; QL (270 per 30 days)
ESBRIET 801 MG TAB	5	PA; QL (90 per 30 days)
OFEV 100 MG CAP, 150 MG CAP	5	PA; QL (60 per 30 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
Respiratory Tract Agents, Other/Agentes Para Las Vías Respiratorias, Otro		
acetylcysteine 10 % solution, 20 % solution	2	BvD; MO; GC
ADVAIR HFA 45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL	3	QL (12 per 30 days); MO
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/INH AER POW BA	3	QL (60 per 30 days); MO
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/INH AER POW BA, 200-25 MCG/INH AER POW BA	3	QL (60 per 30 days); MO
budesonide-formoterol fumarate 80-4.5 mcg/act aerosol, 160-4.5 mcg/act aerosol	2	QL (30.6 per 30 days); MO; 90D; GC
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	4	QL (8 per 30 days); MO
DULERA 50-5 MCG/ACT AEROSOL, 100-5 MCG/ACT AEROSOL, 200-5 MCG/ACT AEROSOL	4	QL (13 per 30 days); MO
FASENRA 30 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; LA
FASENRA PEN 30 MG/ML SOLN A-INJ	5	PA
fluticasone-salmeterol 100-50 mcg/dose aer pow ba, 250-50 mcg/dose aer pow ba, 500-50 mcg/dose aer pow ba	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
fluticasone-salmeterol 55-14 mcg/act aer pow ba, 113-14 mcg/act aer pow ba, 232-14 mcg/act aer pow ba	2	QL (1 per 30 days); MO; 90D; GC
hydrocodone-homatropine 5-1.5 mg tab, 5-1.5 mg/5ml syrup	6	E
ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution	2	BvD; QL (540 per 30 days); MO; 90D; GC
NUCALA 100 MG RECON SOLN, 100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; LA
promethazine-codeine 6.25-10 mg/5ml syrup	6	E
promethazine-phenyleph-codeine 6.25-5-10 mg/5ml syrup	6	E
promethazine-phenylephrine 6.25-5 mg/5ml syrup	2	MO; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	3	QL (4 per 30 days); MO
SYMBICORT 80-4.5 MCG/ACT AEROSOL, 160-4.5 MCG/ACT AEROSOL	3	QL (30.6 per 30 days); MO
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG/INH AER POW BA	3	QL (60 per 30 days); MO
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25 MCG/INH AER POW BA	3	QL (60 per 30 days)
wixela inhub 100-50 mcg/dose aer pow ba, 250-50 mcg/dose aer pow ba, 500-50 mcg/dose aer pow ba	2	QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
Skeletal Muscle Relaxants/Relajantes Del Músculo Esquelético		
Skeletal Muscle Relaxants/Relajantes Del Músculo Esquelético		
carisoprodol 250 mg tab, 350 mg tab	2	MO; GC
carisoprodol-aspirin 200-325 mg tab	2	PA; MO; GC; HRM
chlorzoxazone 500 mg tab	2	PA; MO; GC; HRM
cyclobenzaprine hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab	2	PA; MO; GC; HRM
methocarbamol 500 mg tab, 750 mg tab	2	MO; GC
orphenadrine citrate 100 mg tab er 12h	2	MO; GC
Sleep Disorder Agents/Agentes Para El Trastorno Del Sueño		
Sleep Promoting Agents/Agentes Que Favorecen El Sueño		
estazolam 1 mg tab, 2 mg tab	2	QL (30 per 30 days); MO; GC
flurazepam hcl 15 mg cap, 30 mg cap	2	QL (30 per 30 days); MO; GC
HETLIOZ 20 MG CAP	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
ramelteon 8 mg tab	2	QL (30 per 30 days); MO; GC
temazepam 15 mg cap, 30 mg cap	1	QL (30 per 30 days); MO; GC
temazepam 7.5 mg cap, 22.5 mg cap	2	QL (30 per 30 days); MO; GC
triazolam 0.125 mg tab, 0.25 mg tab	2	QL (30 per 30 days); MO; GC
zaleplon 10 mg cap	2	QL (60 per 30 days); MO; GC
zaleplon 5 mg cap	2	QL (30 per 30 days); MO; GC
zolpidem tartrate 12.5 mg tab er	2	QL (30 per 30 days); MO; GC
zolpidem tartrate 5 mg tab, 10 mg tab	2	QL (30 per 30 days); MO; GC
zolpidem tartrate 6.25 mg tab er	2	QL (30 per 30 days); MO; GC
Wakefulness Promoting Agents/Agentes Que Promueven La Vigilia		
modafinil 100 mg tab	2	PA; MO; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>modafinil 200 mg tab</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); MO; 90D; GC
XYREM 500 MG/ML SOLUTION	5	PA; LA; QL (540 per 30 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **BvD** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **E** Enhanced drug coverage / Cobertura de medicamentos mejorada, **GC** Drug Gap Coverage / Cobertura de brecha de medicamentos, **HRM** High Risk Med / Med de alto riesgo, **LA** Prescription is limited to certain pharmacies / La prescripción está limitada a determinadas farmacias, **MO** Mail Order / Pedido por correo, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

Index / Índice

A

<i>abacavir sulfate</i>	63	ALCOHOL SWABS	117
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	63	ALECENSA	49
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	63	<i>alendronate sodium</i>	115, 116
ABILIFY MAINTENA	57	<i>alfuzosin hcl</i>	101
<i>abiraterone acetate</i>	46	ALIMTA.....	47
ABSORICA.....	90	ALINIA	54
<i>acamprosate calcium</i>	22	<i>aliskiren fumarate</i>	80
<i>acarbose</i>	67	<i>allopurinol</i>	44
<i>accutane</i>	90	<i>almotriptan malate</i>	45
<i>acebutolol hcl</i>	77	<i>alose tron hcl</i>	98
<i>acetaminophen</i>	20	ALPHAGAN P	120
<i>acetaminophen-codeine</i>	20	<i>alprazolam</i>	66
<i>acetaminophen-codeine #2</i>	20	ALPRAZOLAM	66
<i>acetaminophen-codeine #3</i>	20	ALPRAZOLAM INTENSOL	66
<i>acetaminophen-codeine #4</i>	20	<i>alprazolam xr</i>	66
<i>acetazolamide</i>	80, 120	ALREX.....	119
<i>acetic acid</i>	24	<i>altavera</i>	107
<i>acetylcysteine</i>	125	ALUNBRIG.....	49
<i>acitretin</i>	90, 91	<i>amantadine hcl</i>	55
ACTHAR	102	AMBISOME	43
ACTHIB	114	<i>ambrisentan</i>	124
ACTIMMUNE	111	<i>amcinonide</i>	91
<i>acyclovir</i>	61, 93	AMCINONIDE.....	91
<i>acyclovir sodium</i>	61	<i>amikacin sulfate</i>	23
ADACEL	114	<i>amiloride hcl</i>	83
<i>adefovir dipivoxil</i>	61	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	80
ADEMPAS.....	124	AMINOSYN II	94
ADVAIR HFA.....	125	AMINOSYN-PF	94
<i>afeditab cr</i>	78	<i>amiodarone hcl</i>	76
AFINITOR	49	AMITIZA.....	97
AFINITOR DISPERZ	49	<i>amitriptyline hcl</i>	41
AIMOVIG.....	44	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	80
AIMOVIG (140 MG DOSE)	44	<i>amlodipine besylate</i>	78, 80
<i>ak-poly-bac</i>	117	<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	80
<i>ala-cort</i>	91	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	81
<i>albendazole</i>	54	<i>amlodipine-olmesartan</i>	81
<i>albuterol sulfate</i>	122, 123	<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	81
<i>albuterol sulfate hfa</i>	123	<i>ammonium lactate</i>	91
<i>alclometasone dipropionate</i>	91, 102	<i>amnesteem</i>	91
		<i>amoxapine</i>	41

<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	98	ATRIPLA.....	62
<i>amoxicillin</i>	26, 27	ATROPINE SULFATE.....	117
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	26, 27	ATROVENT HFA	122
<i>amphetamine</i>	85, 86	AUBAGIO	90
<i>amphetamine-dextroamphet</i>	85, 86	<i>aurovela 1.5/30</i>	104
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	86	<i>aurovela 1/20</i>	104
<i>amphotericin b</i>	43	<i>aurovela fe 1/20</i>	104
<i>ampicillin</i>	27	AURYXIA	96
<i>ampicillin sodium</i>	27	AUSTEDO	88
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	27	AVANDIA.....	67
ANADROL-50	103	<i>avita</i>	91
<i>anagrelide hcl</i>	74	AVONEX PEN	90
<i>anastrozole</i>	49	AVONEX PREFILLED.....	90
ANORO ELLIPTA.....	125	<i>ayuna</i>	104
ALENZIN.....	36	AYVAKIT.....	47
APOKYN	55	AZASAN	112
APO-VARENICLINE	23	<i>azathioprine</i>	112
<i>aprepitant</i>	42	<i>azelaic acid</i>	91
<i>apri</i>	104	<i>azelastine hcl</i>	118, 121
APTIOM	33	<i>azelastine-fluticasone</i>	121
APTIVUS	64	<i>azithromycin</i>	28
ARCALYST	111	AZOPT	120
<i>arformoterol tartrate</i>	123	<i>aztreonam</i>	24
ARIKAYCE.....	23	<i>azurette</i>	104
<i>aripiprazole</i>	57		
ARNUIITY ELLIPTA	121	B	
<i>ascomp-codeine</i>	20	<i>bacitracin</i>	117, 118
<i>asenapine</i>	57, 58	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	117
<i>asenapine maleate</i>	57, 58	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	117
ASMANEX (120 METERED DOSES).....	121	<i>baclofen</i>	61
ASMANEX (14 METERED DOSES).....	121	<i>balsalazide disodium</i>	115
ASMANEX (30 METERED DOSES).....	121	BALVERSA.....	49
ASMANEX (60 METERED DOSES).....	121	BANZEL	33, 34
ASMANEX (7 METERED DOSES).....	122	BARACLUDE	61
ASMANEX HFA.....	122	BAVENCIO.....	53
ASPARLAS	47	BCG VACCINE.....	114
<i>aspirin-dipyridamole</i>	74	<i>bekyree</i>	104
ASTAGRAF XL.....	112	<i>benazepril hcl</i>	76
<i>atazanavir sulfate</i>	64	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	81
<i>atenolol</i>	77, 81	BENLYSTA.....	111
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	81	BENZNIDAZOLE.....	54
<i>atomoxetine hcl</i>	86	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	91
<i>atorvastatin calcium</i>	84	<i>benztropine mesylate</i>	55
<i>atovaquone</i>	54	<i>bepotastine besilate</i>	118
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	54	BEPREVE.....	118

BESIVANCE.....	28
<i>betamethasone dipropionate</i>	91, 102
<i>betamethasone dipropionate aug</i>	102
<i>betamethasone valerate</i>	91
BETASERON	90
<i>betaxolol hcl</i>	77, 119
<i>bethanechol chloride</i>	101
<i>bexarotene</i>	54
BEXSERO.....	114
<i>bicalutamide</i>	46
BICILLIN C-R	27
BICILLIN L-A	27
BIDIL	81
BIJUVA.....	107
BIKTARVY.....	62
<i>bimatoprost</i>	120
<i>bisoprolol fumarate</i>	77
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	81
BIVIGAM.....	110
BLENREP	53
BLEPHAMIDE	117
BLEPHAMIDE S.O.P.	117
BOOSTRIX	114
BORTEZOMIB	47
<i>bosentan</i>	124
BOSULIF	49
BRAFTOVI	49
BREO ELLIPTA	125
BRILINTA.....	74
<i>brimonidine tartrate</i>	120
<i>brinzolamide</i>	120
BRIVIACT	29
<i>bromocriptine mesylate</i>	55
BROMSITE	119
BROVANA	123
BRUKINSA	47
<i>budesonide</i>	115, 122, 125
<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	125
<i>bumetanide</i>	83
<i>buprenorphine</i>	18, 22, 23
<i>buprenorphine hcl</i>	22, 23
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	23
<i>bupropion hcl</i>	23, 36
<i>bupropion hcl (smoking det)</i>	23
<i>bupropion hcl (sr)</i>	36

<i>bupropion hcl (xl)</i>	36
<i>buspirone hcl</i>	65
<i>butalbital-acetaminophen</i>	88
<i>butalbital-apap-caff-cod</i>	20
<i>butalbital-apap-caffeine</i>	88
<i>butalbital-asa-caff-codeine</i>	20
<i>butorphanol tartrate</i>	20
BYDUREON	67
BYDUREON BCISE.....	67
BYSTOLIC	77

C

<i>cabergoline</i>	109
CABOMETYX	49
<i>calcipotriene</i>	93
<i>calcitonin (salmon)</i>	116
<i>calcitrene</i>	93
<i>calcitriol</i>	116
<i>calcium acetate</i>	96
<i>calcium acetate (phos binder)</i>	96
CALQUENCE	49
<i>camila</i>	107
<i>candesartan cilexetil</i>	75, 81
<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	81
CAPLYTA.....	58
CAPRELSA	49
<i>captopril</i>	76, 81
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	81
CARAFATE.....	99
CARBAGLU.....	94
<i>carbamazepine</i>	34
<i>carbidopa</i>	55, 56
<i>carbidopa-levodopa</i>	55, 56
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	55
<i>carbinoxamine maleate</i>	121
CARIMUNE NF	110
<i>carisoprodol</i>	20, 126
<i>carisoprodol-aspirin</i>	20, 126
<i>carisoprodol-aspirin-codeine</i>	20
<i>carteolol hcl</i>	119
<i>cartia xt</i>	78
<i>carvedilol</i>	77
<i>carvedilol phosphate</i>	77
<i>caspofungin acetate</i>	43
CAYSTON	123

<i>cefaclor</i>	25	CIPRODEX	120
CEFACLOR	25	<i>ciprofloxacin hcl</i>	28, 120
<i>cefadroxil</i>	25	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	28
<i>cefazolin sodium</i>	25	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	120
<i>cefdinir</i>	25	<i>citalopram hydrobromide</i>	37, 38
<i>cefepime hcl</i>	25	<i>claravis</i>	91
<i>cefixime</i>	26	<i>clarithromycin</i>	28
<i>cefoxitin sodium</i>	26	<i>clemastine fumarate</i>	121
<i>cefpodoxime proxetil</i>	26	CLENPIQ	97
<i>cefprozil</i>	26	CLEOCIN	24
<i>ceftazidime</i>	26	CLEOCIN PHOSPHATE	24
<i>ceftriaxone sodium</i>	26	CLIMARA PRO.....	107
<i>cefuroxime axetil</i>	26	<i>clindacin-p</i>	24
<i>cefuroxime sodium</i>	26	<i>clindamycin hcl</i>	24
<i>celecoxib</i>	17	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	24
CELONTIN.....	32	<i>clindamycin phosphate</i>	24, 93
<i>cephalexin</i>	26	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	24
<i>cetirizine hcl</i>	121	CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5)	94
<i>cetirizine hcl allergy child</i>	121	CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10)	94
<i>cevimeline hcl</i>	90	CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5)	94
CHANTIX.....	23	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15)	94
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK	23	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20)	94
CHANTIX STARTING MONTH PAK.....	23	CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10)	94
<i>charlotte 24 fe</i>	104	CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14)	94
<i>chateal</i>	104	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	94
<i>chateal eq</i>	104	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	94
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	66	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	94
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i>	36	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	94
<i>chlorhexidine gluconate</i>	90	CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)	94
<i>chloroquine phosphate</i>	54	CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)	94
<i>chlorpromazine hcl</i>	56	CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)	94
CHLORPROMAZINE HCL	56	<i>clinisol sf</i>	94
<i>chlorthalidone</i>	83	CLINOLIPID	94
<i>chlorzoxazone</i>	126	<i>clobazam</i>	32
<i>cholestyramine</i>	84	<i>clobetasol prop emollient base</i>	102
<i>cholestyramine light</i>	84	<i>clobetasol propionate</i>	91, 102
<i>ciclodan</i>	93	<i>clobetasol propionate e</i>	102
<i>ciclopirox</i>	43, 93	<i>clodan</i>	91
<i>ciclopirox olamine</i>	43	<i>clomipramine hcl</i>	41
<i>cilostazol</i>	74	<i>clonazepam</i>	66
CIMDUO.....	63	<i>clonidine</i>	75, 86
<i>cimetidine</i>	99	<i>clonidine hcl</i>	75, 86
<i>cimetidine hcl</i>	99	<i>clopidogrel bisulfate</i>	74
<i>cinacalcet hcl</i>	116	<i>clorazepate dipotassium</i>	66
CINRYZE.....	110	<i>clotrimazole</i>	43, 93

<i>clotrimazole-betamethasone</i>	93
<i>clovique</i>	96
<i>clozapine</i>	60, 61
COARTEM	54
<i>colchicine</i>	44
<i>colchicine-probenecid</i>	44
<i>colesevelam hcl</i>	84
<i>colestipol hcl</i>	84
<i>colistimethate sodium</i>	24
<i>colistimethate sodium (cba)</i>	24
COMBIGAN	117
COMBIVENT RESPIMAT	125
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	49
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	49
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	50
COMPLERA	62
<i>compro</i>	42
CONDYLOX	93
<i>constulose</i>	97
COPAXONE	90
COPIKTRA	50
CORLANOR	81
COSENTYX	111
COSENTYX (300 MG DOSE)	111
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	111
COSENTYX SENSOREADY PEN	111
COTELLIC	50
CREON	100
CRIVIVAN	64
<i>cromolyn sodium</i>	100, 118, 124
<i>cryselle-28</i>	104
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	126
<i>cyclopentolate hcl</i>	117
<i>cyclophosphamide</i>	46
CYCLOPHOSPHAMIDE	46
CYCLOSET	67
<i>cyclosporine</i>	112
<i>cyclosporine modified</i>	112
<i>cyproheptadine hcl</i>	121
CYRAMZA	50
<i>cyred</i>	104
<i>cyred eq</i>	104
CYSTADANE	100
CYSTAGON	100
CYSTARAN	100

D

<i>dalfampridine</i>	90
DALIRESP	124
<i>danazol</i>	103
DANYELZA	53
<i>dapsone</i>	45
DAPTACEL	114
<i>daptomycin</i>	24
<i>darifenacin hydrobromide</i>	100
DARZALEX	53
DARZALEX FASPRO	53
DAURISMO	50
<i>deblitane</i>	107
<i>decadron</i>	102
<i>deferasirox</i>	96
<i>deferiprone</i>	96
DELSTRIGO	62
DEMSEER	81
DENAVIR	93
DEPO-PROVERA	107
DESCOVY	63
<i>desipramine hcl</i>	41
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	103
<i>desmopressin acetate</i>	103
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	104
<i>desonide</i>	91, 102
<i>desoximetasone</i>	92
<i>desvenlafaxine</i>	38
DESVENLAFAXINE	38
<i>desvenlafaxine succinate</i>	38
<i>dexamethasone</i>	102, 119
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	119
DEXILANT	99
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	86, 87
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	86
<i>dextrose</i>	97
DEXTROSE	97
<i>dextrose-nacl</i>	97
DEXTROSE-NACL	97
<i>dextrose-sodium chloride</i>	97
DIACOMIT	29
DIASTAT ACUDIAL	32
DIASTAT PEDIATRIC	32
<i>diazepam</i>	32, 66

diazepam intensol	66
diazoxide	71
diclofenac potassium	17
diclofenac sodium.....	17, 93, 119
diclofenac-misoprostol	17
dicloxacillin sodium	27
dicyclomine hcl	98
DIFICID	28
diflorasone diacetate	92
diflunisal	17
digitek	81
digox	81
digoxin	81
dihydroergotamine mesylate.....	44
DILANTIN	34
diltiazem hcl	79
diltiazem hcl coated beads	79
diltiazem hclbeads	79
diltiazem hclcoated beads	79
dilt-xr.....	79
diphenoxylate-atropine	98
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT	114
dipyridamole	74
disopyramide phosphate	76
disulfiram.....	22
divalproex sodium	29, 30
dofetilide	76
donepezil hcl.....	35
dorzolamide hcl.....	117, 120
dorzolamide hcl-timolol mal.....	117
dorzolamide hcl-timolol mal pf	117
DOVATO	62
doxazosin mesylate	75
doxepin.....	41
doxepin hcl	41
doxercalciferol.....	116
doxy 100	29
doxycycline hyclate	29
doxycycline monohydrate	29
DRIZALMA SPRINKLE	89
dronabinol	42
drospirenone-ethinyl estradiol	104
DROXIA	47
droxidopa.....	75
DUEXIS	17

DULERA.....	125
duloxetine hcl.....	89
duramorph.....	20
DUREZOL.....	119
dutasteride	101
dutasteride-tamsulosin hcl	101
DYMISTA	121

E

e.e.s. 400	28
ec-naproxen.....	17
econazole nitrate	43
EDURANT	62
efavirenz	62
efavirenz-emtricitab-tenofovir	62
efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	62
eletriptan hydrobromide	45
ELIGARD	109
elimest	104
ELIQUIS.....	72
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	72
eluryng	104
EMCYT	47
EMGALITY	44, 45
EMGALITY (300 MG DOSE).....	44
emoquette	104
EMSAM	37
emtricitabine	63
emtricitabine-tenofovir df	63
EMTRIVA	63
EMVERM	54
enalapril maleate	76
enalapril-hydrochlorothiazide	81
ENBREL.....	112
ENBREL MINI	112
ENBREL SURECLICK	112
ENDARI	100
endocet	20
ENGERIX-B	114
ENHERTU	53
enoxaparin sodium	73
enskyce	104
entacapone	55
entecavir.....	61
ENTRESTO.....	81

enulose	97
ENVARUSUS XR.....	112
EPIDIOLEX.....	30
epinephrine	123
epitol	34
EPIVIR HBV	61
eplerenone.....	83
ERAXIS	43
ergocalciferol.....	116
ergoloid mesylates	34
ergotamine-caffeine	44
ERIVEDGE.....	50
ERLEADA	46
erlotinib hcl.....	50
errin	107
ertapenem sodium.....	27
ery	28
ery-tab	28
ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	28
erythrocin stearate	28
erythromycin	28, 94, 118
erythromycin base.....	28
erythromycin ethylsuccinate	28
erythromycin stearate	28
ESBRIET.....	124
escitalopram oxalate	38
esgic.....	88
esomeprazole magnesium	99
estarylla.....	104
estazolam	126
estradiol	104, 105
ethambutol hcl	45
ethosuximide	32
ethynodiol diac-eth estradiol	105
etodolac.....	17
etonogestrel-ethinyl estradiol	105
etravirine	62
EUCRISA	92
euthyrox.....	108
everolimus	50, 112
EVOTAZ	64
exemestane	49
ezetimibe	84
ezetimibe-simvastatin.....	84

F

famciclovir	61
famotidine	99
FANAPT.....	58
FANAPT TITRATION PACK	58
FARXIGA.....	67
FARYDAK	50
FASENRA.....	125
FASENRA PEN	125
FAZACLO.....	61
febuxostat	44
felbamate.....	30
felodipine	78
femynor.....	105
fenofibrate	83
fenofibrate micronized	83
fenofibric acid	83
fenoprofen calcium.....	17
fentanyl	18, 20
fentanyl citrate	20
FERRIPROX.....	96
FERRIPROX TWICE-A-DAY	96
FETZIMA	38
FETZIMA TITRATION.....	38
FIASP	71
FIASP FLEXTOUCH	71
FIASP PENFILL.....	71
FIBRICOR	83
finasteride	101
FINTEPLA	30
FIRMAGON.....	109
FIRMAGON (240 MG DOSE)	109
FIRVANQ	24
flac.....	120
flavoxate hcl.....	100
FLEBOGAMMA DIF	110
flecainide acetate.....	76
FLOVENT DISKUS.....	122
FLOVENT HFA	122
fluconazole	43
fluconazole in sodium chloride.....	43
flucytosine	43
fludrocortisone acetate	102
flunisolide	122

<i>fluocinolone acetonide</i>	92, 120
<i>fluocinolone acetonide body</i>	92
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	92
<i>fluocinonide</i>	92
<i>fluocinonide emulsified base</i>	92
<i>fluorometholone</i>	119
<i>fluorouracil</i>	93
<i>fluoxetine hcl</i>	38, 39
<i>fluoxetine hcl (p added)</i>	38
<i>fluphenazine decanoate</i>	56
<i>fluphenazine hcl</i>	56
<i>flurazepam hcl</i>	126
<i>flurbiprofen</i>	17, 119
<i>flurbiprofen sodium</i>	119
<i>flutamide</i>	46
<i>fluticasone propionate</i>	92, 122
<i>fluticasone-salmeterol</i>	125
<i>fluvastatin sodium</i>	84
<i>fluvoxamine maleate</i>	39
FML	119
FML FORTE.....	119
FML LIQUIFILM	119
<i>folic acid</i>	97
<i>fondaparinux sodium</i>	73
FORTEO	116
FOSAMAX PLUS D	116
<i>fosamprenavir calcium</i>	64
<i>fosaprepitant dimeglumine</i>	42
<i>fosinopril sodium</i>	76, 82
<i>fosinopril sodium-hctz</i>	82
FOTIVDA.....	47
FRAGMIN	73
FREAMINE HBC	94
FREAMINE III	94
<i>furosemide</i>	83
FUZEON	64
FYCOMPA	30

G

<i>gabapentin</i>	32
GALAFOLD.....	100
<i>galantamine hydrobromide</i>	35
GAMMAGARD	110
GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	110
GAMMAKED	110

GAMMAPLEX	110
GAMUNEX-C	111
GARDASIL 9.....	114
<i>gatifloxacin</i>	118
GATTEX	98
GAUZE STERILE PADS	117
<i>gavilyte-c</i>	98
<i>gavilyte-g</i>	98
<i>gavilyte-n with flavor pack</i>	97
GAVRETO	50
GAZYVA	53
<i>gemfibrozil</i>	83
<i>generlac</i>	97
<i>gengraf</i>	112
<i>gentamicin in saline</i>	23
<i>gentamicin sulfate</i>	23, 118
GENVOYA	62
GEODON.....	58
<i>gianvi</i>	105
GILENYA	90
GILOTRIF	50
<i>glimepiride</i>	67
<i>glipizide</i>	67, 68
<i>glipizide xl</i>	68
<i>glipizide-metformin hcl</i>	68
GLUCAGEN HYPOKIT.....	71
<i>glucagon emergency</i>	71
GLUCAGON EMERGENCY.....	71
<i>glyburide</i>	68
<i>glyburide micronized</i>	68
<i>glyburide-metformin</i>	68
<i>glycopyrrolate</i>	98
<i>glydo</i>	22
GOCOVRI	55
GRALISE.....	32, 88
GRALISE STARTER	32
<i>granisetron</i>	42
<i>granisetron hcl</i>	42
<i>griseofulvin microsize</i>	43
<i>guanfacine hcl</i>	87
GUANIDINE HCL.....	45

H

<i>hailey 1.5/30</i>	105
<i>hailey fe 1/20</i>	105

<i>halobetasol propionate</i>	92	IBRANCE	50
<i>haloperidol</i>	56, 57	<i>ibu</i>	17
<i>haloperidol decanoate</i>	57	<i>ibuprofen</i>	17
<i>haloperidol lactate</i>	57	<i>icatibant acetate</i>	110
HAVRIX	114	ICLUSIG.....	50
<i>heather</i>	107	<i>icosapent ethyl</i>	84
HEMADY	102	IDHIFA	47
<i>heparin sodium (porcine)</i>	73	ILEVRO	119
<i>hepatamine</i>	94	<i>imatinib mesylate</i>	50
HERCEPTIN	53	IMBRUVICA.....	50
HERCEPTIN HYLECTA	53	<i>imipenem-cilastatin</i>	27
HETLIOZ.....	126	<i>imipramine hcl</i>	41
HIBERIX	114	<i>imipramine pamoate</i>	41
HUMIRA	112, 113	<i>imiquimod</i>	93
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START.....	113	IMLYGIC	47
HUMIRA PEN	113	IMOVAX RABIES	114
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	113	<i>incassia</i>	107
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START.....	113	INCRELEX.....	103
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START.....	113	<i>indapamide</i>	83
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER.....	113	<i>indomethacin</i>	17
HUMULIN R	71	INFANRIX	114
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	71	INGREZZA	88
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	71	INLYTA.....	50
<i>hydralazine hcl</i>	85	INQOVI	47
<i>hydrochlorothiazide</i>	83	INREBIC	47
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	20	INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN.....	71
<i>hydrocodone-homatropine</i>	125	INSULIN ASPART.....	71
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	20	INSULIN ASPART FLEXPEN	71
<i>hydrocortisone</i>	92, 93, 102, 115, 120	INSULIN ASPART PENFILL	71
<i>hydrocortisone (perianal)</i>	92	INSULIN ASPART PROT & ASPART	71
<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>	93	INSULIN PEN NEEDLE	117
<i>hydrocortisone butyrate</i>	92, 102	INSULIN SYRINGE.....	117
<i>hydrocortisone valerate</i>	92, 102	INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML.....	117
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	120	INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML.....	117
<i>hydromorphone hcl</i>	21	INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML.....	117
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	54	INTELENCE	62, 63
<i>hydroxyurea</i>	47	INTRALIPID	94
<i>hydroxyzine hcl</i>	121	INTRAROSA.....	117
<i>hydroxyzine pamoate</i>	65	INTRON A.....	112
<i>hyoscyamine sulfate</i>	98	INVEGA SUSTENNA	58
HYPERRAB	111	INVEGA TRINZA	58
HYPERRAB S/D	111	INVIRASE.....	64
		INVOKAMET.....	68
		INVOKAMET XR	68
		INVOKANA	68
<i>ibandronate sodium</i>	116		

IPOL	114
<i>ipratropium bromide</i>	122
<i>ipratropium-albuterol</i>	125
<i>irbesartan</i>	75, 82
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	82
IRESSA.....	50
ISENTRESS	62
ISENTRESS HD	62
<i>isibloom</i>	105
ISOLYTE-P IN D5W	94
ISOLYTE-S.....	94
<i>isoniazid</i>	45
ISOPTO ATROPINE	117
<i>isosorbide dinitrate</i>	85
<i>isosorbide mononitrate</i>	85
<i>isotretinoin</i>	91
<i>isradipine</i>	78
<i>itraconazole</i>	43
<i>ivermectin</i>	54, 93
IXIARO	114

J

JAKAFI	50
<i>jantoven</i>	73
JANUMET.....	69
JANUMET XR	69
JANUVIA.....	69
JARDIANCE.....	69
<i>jasmiel</i>	105
JEMPERLI	53
<i>jencycla</i>	107
JENTADUETO	69
JENTADUETO XR	69
JUBLIA.....	43
<i>juleber</i>	105
JULUCA	62
<i>junel 1.5/30</i>	105
<i>junel 1/20</i>	105
<i>junel fe 1/20</i>	105
JUXTAPID.....	84
JYNARQUE	96

K

KADCYLA	53
KALETRA	64

<i>kalliga</i>	105
KALYDECO	123
<i>kariva</i>	105
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	95
KCL IN DEXTROSE-NACL.....	95
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	97
KEDRAB.....	111
<i>kelnor 1/50</i>	105
<i>ketoconazole</i>	43
<i>ketoprofen</i>	17
<i>ketorolac tromethamine</i>	17, 119
KINRIX	114
<i>kionex</i>	97
KISQALI (200 MG DOSE).....	50
KISQALI (400 MG DOSE).....	50
KISQALI (600 MG DOSE).....	50
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	47
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	47
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE)	47
<i>klor-con</i>	95
<i>klor-con 10</i>	95
<i>klor-con m10</i>	95
<i>klor-con m15</i>	95
<i>klor-con m20</i>	95
<i>klor-con sprinkle</i>	95
KORLYM.....	102
KOSELUGO	47
<i>kurvelo</i>	105
KUVAN.....	100

L

<i>labetalol hcl</i>	77
<i>lactulose</i>	97, 98
<i>lactulose encephalopathy</i>	98
LAMICTAL XR.....	30
<i>lamivudine</i>	61, 63
<i>lamivudine-zidovudine</i>	63
<i>lamotrigine</i>	30
<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	30
<i>lamotrigine starter kit-green</i>	30
<i>lamotrigine starter kit-orange</i>	30
<i>lansoprazole</i>	99
LANTUS.....	71
LANTUS SOLOSTAR.....	71
<i>lapatinib ditosylate</i>	50

<i>larin 1.5/30</i>	105	LINZESS.....	98
<i>larin 1/20</i>	105	<i>liothyronine sodium</i>	108
<i>larin fe 1/20</i>	105	<i>lisinopril</i>	76, 82
<i>latanoprost</i>	120	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	82
LATUDA	67	<i>lithium</i>	67
LAZANDA	21	LITHIUM	67
<i>leflunomide</i>	113	<i>lithium carbonate</i>	67
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	51	LITHOSTAT	101
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	51	LIVALO.....	84
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	51	<i>loestrin 1.5/30 (21)</i>	105
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	51	<i>loestrin 1/20 (21)</i>	105
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	51	<i>loestrin fe 1/20</i>	105
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	51	LOKELMA.....	97
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	51	LONSURF.....	47
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	51	<i>loperamide hcl</i>	98
<i>letrozole</i>	49	<i>lopinavir-ritonavir</i>	65
<i>leucovorin calcium</i>	54	<i>lorazepam</i>	66, 67
LEUKERAN	46	<i>lorazepam intensol</i>	67
LEUKINE	74	LORBRENA.....	51
<i>leuprolide acetate</i>	109	<i>lorcet</i>	21
<i>levabuterol hcl</i>	123	<i>lorcet hd</i>	21
<i>levabuterol tartrate</i>	123	<i>lorcet plus</i>	21
LEVEMIR.....	71	<i>loryna</i>	105
LEVEMIR FLEXTOUCH.....	71	<i>losartan potassium</i>	75, 82
<i>levetiracetam</i>	30	<i>losartan potassium-hctz</i>	82
<i>levobunolol hcl</i>	119	LOTEMAX.....	119
<i>levocarnitine</i>	97	LOTEMAX SM.....	119
<i>levocarnitine sf</i>	97	<i>loteprednol etabonate</i>	119
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	121	<i>lovastatin</i>	84
<i>levofloxacin</i>	28, 118	<i>low-ogestrel</i>	105
<i>levofloxacin in d5w</i>	28	<i>loxapine succinate</i>	57
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	107	<i>lo-zumandimine</i>	105
<i>levora 0.15/30 (28)</i>	105	<i>lubiprostone</i>	98
<i>levo-t</i>	108	LUMAKRAS	47
<i>levothyroxine sodium</i>	108	LUMIGAN.....	120
<i>levoxyl</i>	108	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	109
LEXIVA	65	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	109
<i>lidocaine</i>	22	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	109
<i>lidocaine hcl</i>	22	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	109
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	22	<i>lyleq</i>	107
<i>lidocaine viscous hcl</i>	22	LYNPARZA	51
<i>lidocaine-prilocaine</i>	22	LYSODREN	109
<i>lillow</i>	105	<i>lyza</i>	107
<i>lindane</i>	93		
<i>linezolid</i>	24		

M

magnesium sulfate 95
maprotiline hcl 36
marlissa 105
 MARPLAN 37
 MATULANE 46
matzim la 80
 MAVYRET 61
meclizine hcl 42
meclofenamate sodium 18
medroxyprogesterone acetate 107
mefloquine hcl 54
megestrol acetate 107
 MEKINIST 51
 MEKTOVI 51
melodetta 24 fe 105
meloxicam 18
memantine hcl 35, 36
 MENACTRA 114
 MENQUADFI 114
 MENVEO 114
mepерidine hcl 21
meprobamate 65
mercaptopurine 47
meropenem 27
mesalamine 115
 MESNEX 54
 MESTINON 45
metadate 87
metformin hcl 69
metformin hcl (mod) 69
metformin hcl (osm) 69
methadone hcl 18
methazolamide 120
methenamine hippurate 24
methimazole 110
methocarbamol 126
methotrexate 113
methotrexate sodium 113
methotrexate sodium (pf) 113
methoxsalen rapid 93
methscopolamine bromide 98
methyl dopa 82
 METHYLDOPA 75

methyl dopa-hydrochlorothiazide 82
methylphenidate 87, 88
methylphenidate hcl 87, 88
methylphenidate hcl (cd) 87
methylprednisolone 102
methyltestosterone 104
metoclopramide hcl 42
metolazone 83
metoprolol succinate 77
metoprolol tartrate 77
metoprolol-hydrochlorothiazide 82
metronidazole 24
metronidazole in nacl 24
metyrosine 82
mexiletine hcl 76
mibelas 24 fe 105
micafungin sodium 43
miconazole 3 43
microgestin 1.5/30 105
microgestin 1/20 105
microgestin 24 fe 105
microgestin fe 1/20 105
midodrine hcl 75
migergot 44
miglitol 69
miglustat 100
mili 106
minitran 85
minocycline hcl 29
minoxidil 85
mirtazapine 36, 37
misoprostol 103
 M-M-R II 114
modafinil 126, 127
moexipril hcl 76
molindone hcl 57
mometasone furoate 102, 122
mondoxylene nl 29
 MONJUVI 53
mono-lyyah 106
montelukast sodium 122
morgidox 29
morphine sulfate 18, 19, 21
 MORPHINE SULFATE 21
morphine sulfate (concentrate) 21

<i>morphine sulfate (pf)</i>	21
<i>morphine sulfate beads</i>	19
MOVANTIK	98
MOXEZA	118
<i>moxifloxacin hcl</i>	29, 119
<i>moxifloxacin hcl (2x day)</i>	119
<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	29
MULTAQ	76
<i>mupirocin</i>	94
<i>mupirocin calcium</i>	94
MYCAMINE	43
<i>mycophenolate mofetil</i>	113
<i>mycophenolate sodium</i>	113
<i>myorisan</i>	91
MYRBETRIQ.....	101
MYTESI	98

N

<i>nabumetone</i>	18
<i>nadolol</i>	77
<i>nafcillin sodium</i>	27
<i>naftifine hcl</i>	43
<i>naloxone hcl</i>	23
<i>naltrexone</i>	23
<i>naltrexone hcl</i>	23
NAMZARIC	35
<i>naproxen</i>	18
<i>naproxen sodium</i>	18
NARCAN	23
NATACYN.....	119
<i>nateglinide</i>	69
NATPARA	116
NAYZILAM	22
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY.....	117
<i>nefazodone hcl</i>	39
<i>neomycin sulfate</i>	24
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	117
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	118
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	118
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	118, 121
<i>neo-polycin</i>	118
<i>neo-polycin hc</i>	118
NEPHRAMINE	95
NERLYNX	51
NEULASTA.....	74

NEUPOGEN	74
NEUPRO	55
<i>nevirapine</i>	63
NEXAVAR	51
<i>niacin</i>	84
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	84
<i>niacin(antihyperlipidemic)</i>	84
<i>niacor</i>	84
<i>nicardipine hcl</i>	78
NICOTROL	23
<i>nifedipine</i>	78
<i>nifedipineosmotic release</i>	78
<i>nikki</i>	106
<i>nilutamide</i>	46
<i>nimodipine</i>	78
NINLARO	48
<i>nisoldipine</i>	78
<i>nitazoxanide</i>	54
<i>nitisinone</i>	100
<i>nitrofurantoin</i>	25
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	25
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	25
<i>nitroglycerin</i>	85
<i>nizatidine</i>	99
NOCDURNA.....	103
<i>nora-be</i>	108
NORDITROPIN FLEXPRO.....	103
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	106
<i>norethindrone</i>	106, 108
<i>norethindrone acetate</i>	108
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	106
<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	106
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	106
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	106
<i>norlyda</i>	108
<i>norlyroc</i>	108
NORMOSOL-M IN D5W	95
NORMOSOL-R IN D5W	95
NORMOSOL-R PH 7.4	95
NORTHERA	75
<i>nortriptyline hcl</i>	41
NORVIR.....	65
NOVOLIN 70/30	71, 72
NOVOLIN 70/30 RELION	72
NOVOLIN N	72

NOVOLIN N FLEXPEN.....	72
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	72
NOVOLIN N RELION	72
NOVOLIN R	72
NOVOLIN R RELION.....	72
NOVOLOG.....	72
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION.....	72
NOVOLOG FLEXPEN	72
NOVOLOG FLEXPEN RELION	72
NOVOLOG MIX 70/30.....	72
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN.....	72
NOVOLOG MIX 70/30 RELION.....	72
NOVOLOG PENFILL	72
NOVOLOG RELION	72
NOXAFIL	44
NUBEQA	46
NUCALA	125
NUEDEXTA	88
NUPLAZID	58
NUTRILIPID	95
<i>nyamyc</i>	44
<i>nystatin</i>	44, 93
<i>nystatin-triamcinolone</i>	93
<i>nystop</i>	44

O

OCTAGAM.....	111
<i>octreotide acetate</i>	109
ODEFSEY.....	63
ODOMZO.....	51
OFEV.....	124
<i>ofloxacin</i>	29, 119, 121
<i>olanzapine</i>	37, 58, 59
<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	37
<i>olmesartan medoxomil</i>	75, 82
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	82
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	82
<i>olopatadine hcl</i>	118, 121
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	84
<i>omeprazole</i>	99
OMNITROPE	103
<i>ondansetron</i>	42, 43
<i>ondansetron hcl</i>	42, 43
ONUREG.....	48
OPSUMIT	124

<i>oralone</i>	90
ORAVIG.....	44
ORFADIN	100
ORGOVYX.....	109
ORKAMBI.....	124
<i>orphenadrine citrate</i>	126
<i>oseltamivir phosphate</i>	65
OSPHENA	108
<i>oxaliplatin</i>	48
<i>oxandrolone</i>	103
<i>oxaprozin</i>	18
<i>oxazepam</i>	67
<i>oxcarbazepine</i>	34
OXERVATE	118
OXTELLAR XR	34
<i>oxybutynin</i>	101
<i>oxybutynin chloride</i>	101
<i>oxycodone hcl</i>	21
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	22
<i>oxycodone-aspirin</i>	22
<i>oxycodone-ibuprofen</i>	22
<i>oxymorphone hcl</i>	22
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	69
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	70

P

<i>pacerone</i>	76
<i>paclitaxel</i>	48
PADCEV	53
<i>paliperidone</i>	59
PANRETIN.....	54
<i>pantoprazole sodium</i>	99
<i>paricalcitol</i>	116
<i>paroex</i>	90
<i>paromomycin sulfate</i>	24
<i>paroxetine hcl</i>	39, 40
<i>paroxetine mesylate</i>	40
PASER	45
PAXIL.....	40
PAZEO.....	118
PEDIARIX.....	114
PEDVAX HIB.....	114
<i>peg 3350/electrolytes</i>	98
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	98
<i>peg-3350/electrolytes</i>	98

PEGANONE.....	34	PLASMA-LYTE A	95
PEGASYS	112	PLEGRIDY.....	90
PEGASYS PROCLICK.....	112	PLEGRIDY STARTER PACK	90
PEMAZYRE.....	51	<i>plenamine</i>	95
<i>penicillamine</i>	101	<i>podofilox</i>	93
<i>penicillin g potassium</i>	27	POLIVY.....	53
<i>penicillin g sodium</i>	27	<i>polycin</i>	118
<i>penicillin v potassium</i>	27	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	119
PENTAM.....	54	POMALYST	46
<i>pentamidine isethionate</i>	54	<i>portia-28</i>	106
<i>pentazocine-naloxone hcl</i>	22	<i>posaconazole</i>	44
<i>pentoxifylline</i>	82	<i>potassium chloride</i>	95, 97
PEPAXTO	46	POTASSIUM CHLORIDE	95
<i>perindopril erbumine</i>	76	<i>potassium chloride crys</i>	95
<i>periogard</i>	90	<i>potassium chloride in dextrose</i>	97
<i>permethrin</i>	93	<i>potassium chloride in nacl</i>	95
<i>perphenazine</i>	37, 42	<i>potassium citrate</i>	96
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	37	PRADAXA	73
PERSERIS	59	PRALUENT	84
PEXEVA.....	40	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	55, 56
<i>pfizerpen</i>	27	<i>prasugrel hcl</i>	75
<i>phenadoz</i>	42	<i>pravastatin sodium</i>	84
<i>phenelzine sulfate</i>	37	<i>prazosin hcl</i>	75
<i>phenobarbital</i>	33	<i>prednicarbate</i>	102
<i>phenytoin</i>	34	<i>prednisolone</i>	102, 119
<i>phenytoin infatabs</i>	34	PREDNISOLONE.....	119
<i>phenytoin sodium</i>	34	<i>prednisolone acetate</i>	119
<i>phenytoin sodium extended</i>	34	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	102
PHESGO	48	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	119
PICATO.....	93	<i>prednisone</i>	103
PIFELTRO.....	63	<i>pregabalin</i>	89
<i>pilocarpine hcl</i>	90, 120	PREMARIN	106
<i>pimecrolimus</i>	92	PREMASOL	96
<i>pimozide</i>	57	<i>prevalite</i>	84, 85
<i>pimtrea</i>	106	PREVIDENT.....	90
<i>pindolol</i>	77	PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	90
<i>pioglitazone hcl</i>	70	PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	90
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	70	PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT.....	90
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	70	PREVIDENT 5000 PLUS	90
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	27	<i>previfem</i>	106
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	51	PREZCOBIX	65
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	51	PREZISTA	65
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	51	PRIFTIN	45
<i>piroxicam</i>	18	<i>primaquine phosphate</i>	54
PLASMA-LYTE 148	95	<i>primidone</i>	33

PRIVIGEN.....	111
PROAIR HFA.....	123
PROAIR RESPICLICK.....	123
<i>probenecid</i>	44
PROCALAMINE.....	96
<i>prochlorperazine</i>	42
<i>prochlorperazine maleate</i>	42
PROCRIT.....	74
<i>procto-med hc</i>	92
<i>proctosol hc</i>	92
<i>proctozone-hc</i>	92
<i>progesterone</i>	108
PROGLYCEM.....	71
PROGRAF.....	113
PROLASTIN-C.....	100
PROLENSA.....	119
PROLIA.....	116
PROMACTA.....	74
<i>promethazine hcl</i>	42, 121
<i>promethazine-codeine</i>	125
<i>promethazine-phenyleph-codeine</i>	125
<i>promethazine-phenylephrine</i>	125
<i>promethegan</i>	42
<i>propafenone hcl</i>	76, 77
<i>proparacaine hcl</i>	118
<i>propranolol hcl</i>	77, 78
<i>propranolol-hctz</i>	82
<i>propylthiouracil</i>	110
PROQUAD.....	114
PROSOL.....	96
<i>protriptyline hcl</i>	41
PROVENTIL HFA.....	123
PULMOZYME.....	124
PURIXAN.....	47
<i>pyrazinamide</i>	45
<i>pyridostigmine bromide</i>	45
<i>pyrimethamine</i>	54

Q

QINLOCK.....	48
QUADRACEL.....	114
<i>quetiapine fumarate</i>	59
<i>quinapril hcl</i>	76
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	82
<i>quinidine gluconate</i>	77

<i>quinidine sulfate</i>	77
<i>quinine sulfate</i>	54

R

RABAVERT.....	114
<i>raloxifene hcl</i>	108
<i>ramelteon</i>	126
<i>ramipril</i>	76
<i>ranitidine hcl</i>	99
<i>ranolazine</i>	82
RAPAFLO.....	101
<i>rasagiline mesylate</i>	56
RAVICTI.....	100
<i>reclipsen</i>	106
RECOMBIVAX HB.....	115
RECTIV.....	85
REGRANEX.....	93
<i>relafen</i>	18
RELENZA DISKHALER.....	65
<i>repaglinide</i>	70
REPATHA.....	85
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	85
REPATHA SURECLICK.....	85
RESTASIS.....	118
RESTASIS MULTIDOSE.....	118
RETACRIT.....	74
RETEVMO.....	48
RETROVIR.....	63
REVLIMID.....	46
REXULTI.....	59
REYATAZ.....	65
RHOPRESSA.....	120
RIABNI.....	53
<i>ribavirin</i>	61
<i>rifabutin</i>	45
<i>rifampin</i>	46
<i>riluzole</i>	88
<i>rimantadine hcl</i>	65
RINVOQ.....	113
RIOMET.....	70
<i>risedronate sodium</i>	116
RISPERDAL CONSTA.....	60
<i>risperidone</i>	60
<i>ritonavir</i>	65
RITUXAN.....	53

<i>rivastigmine</i>	35
<i>rivastigmine tartrate</i>	35
ROCKLATAN	118
<i>ropinirole hcl</i>	56
<i>rosadan</i>	25
<i>rosuvastatin calcium</i>	84
ROTARIX	115
ROTATEQ.....	115
<i>roweepra</i>	31
<i>roweepra xr</i>	31
ROZLYTREK	48
RUBRACA	51
<i>rufinamide</i>	34
RUKOBIA.....	64
RYBELSUS	70
RYBREVANT	48
RYDAPT.....	51
RYTARY	56

S

<i>sajazir</i>	110
SAMSCA.....	96
SANTYL	93
SAPHRIS	60
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	100
SARCLISA	53
SAVELLA	89
SAVELLA TITRATION PACK.....	89
<i>scopolamine</i>	42
SECUADO	60
<i>selegiline</i>	56
<i>selegiline hcl</i>	56
<i>selenium</i>	92
<i>selenium sulfide</i>	92
SELZENTRY	64
SEMGLEE	72
SEREVENT DISKUS	123
<i>sertraline hcl</i>	40
<i>sevelamer carbonate</i>	96
<i>sharobel</i>	108
SHINGRIX.....	115
SIGNIFOR.....	110
<i>sildenafil citrate</i>	101, 124
<i>silodosin</i>	101
<i>silver sulfadiazine</i>	93

SIMBRINZA	120
<i>simliya</i>	106
<i>simvastatin</i>	84
<i>sirolimus</i>	113
SIRTURO	46
SKLICE.....	93
SKYRIZI.....	111
SKYRIZI (150 MG DOSE)	111
<i>sodium chloride</i>	96
<i>sodium fluoride</i>	96
<i>sodium phenylbutyrate</i>	100
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	97
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	61
<i>solifenacin succinate</i>	101
SOLQUA.....	70
SOLTAMOX.....	47
SOMATULINE DEPOT	110
SOMAVERT	110
<i>sorine</i>	77
<i>sotalol hcl</i>	77
<i>sotalol hcl (af)</i>	77
SPIRIVA HANDIHALER	122
SPIRIVA RESPIMAT	122
<i>spironolactone</i>	82, 83
<i>spironolactone-hctz</i>	82
SPRAVATO (56 MG DOSE)	37
SPRAVATO (84 MG DOSE)	37
<i>sprintec 28</i>	106
SPRITAM.....	31
SPRYCEL	52
<i>sps</i>	97
<i>ssd</i>	93
<i>stavudine</i>	63
STELARA.....	111
STIOLTO RESPIMAT	126
STIVARGA	52
<i>streptomycin sulfate</i>	24
STRIBILD.....	62
<i>subvenite</i>	31
<i>subvenite starter kit-blue</i>	31
<i>subvenite starter kit-green</i>	31
<i>subvenite starter kit-orange</i>	31
<i>sucrafate</i>	99
<i>sulfacetamide sodium</i>	29, 119
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	29

<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	118
SULFADIAZINE	29
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	29
<i>sulfasalazine</i>	115
<i>sulindac</i>	18
<i>sumatriptan</i>	45
<i>sumatriptan succinate</i>	45
<i>sumatriptan succinate refill</i>	45
<i>sunitinib malate</i>	52
SUPRAX.....	26
SUPREP BOWEL PREP KIT.....	98
SUTENT	52
SYLATRON	112
SYMBICORT	126
SYMDEKO	124
SYMFI	63
SYMFI LO	63
SYMJEPI	123
SYMLINPEN 120	70
SYMLINPEN 60	70
SYMPAZAN	33
SYMTUZA	65
SYNAREL.....	110
SYNDROS.....	43
SYNJARDY	70
SYNJARDY XR.....	70
SYNRIBO	48
SYNTHROID.....	109

T

TABLOID	47
TABRECTA	48
<i>tacrolimus</i>	92, 114
<i>tadalafil</i>	101
TAFINLAR.....	52
TAGRISSO	52
TAKHZYRO	110
TALZENNA	52
<i>tamoxifen citrate</i>	47
<i>tamsulosin hcl</i>	101
TARGRETIN	54
<i>tarina fe 1/20</i>	106
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	106
TASIGNA.....	52
<i>tazarotene</i>	91

<i>tazicef</i>	26
TAZORAC	91
<i>taztia xt</i>	80
TAZVERIK.....	48
TDVAX.....	115
TECENTRIQ.....	54
TECFIDERA.....	90
TEFLARO	26
TEGSEDI	100
TEKURNA HCT	82
<i>telmisartan</i>	75, 82
<i>telmisartan-amlodipine</i>	82
<i>telmisartan-hctz</i>	82
<i>temazepam</i>	126
TEMIXYS	64
<i>tencon</i>	88
TENIVAC	115
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	64
TEPMETKO.....	52
<i>terazosin hcl</i>	75
<i>terbinafine hcl</i>	44
<i>terconazole</i>	44
TERIPARATIDE (RECOMBINANT)	116
<i>testosterone</i>	104
<i>testosterone cypionate</i>	104
<i>testosterone enanthate</i>	104
<i>tetrabenazine</i>	88
<i>tetracycline hcl</i>	29
THALOMID	46
<i>theophylline</i>	124
<i>thioridazine hcl</i>	57
<i>thiothixene</i>	57
<i>tiadylt</i>	80
<i>tiagabine hcl</i>	33
TIBSOVO	52
<i>tigecycline</i>	25
TIGLUTIK	88
<i>timolol</i>	78, 120
<i>timolol maleate</i>	78, 120
<i>tinidazole</i>	25
TIVICAY	62
TIVICAY PD	62
<i>tizanidine hcl</i>	61
TOBI PODHALER	124
TOBRADEX.....	118

TOBRADEX ST	118	<i>tri-estarylla</i>	106
<i>tobramycin</i>	24, 118, 119, 124	<i>trifluoperazine hcl</i>	57
<i>tobramycin sulfate</i>	24	<i>trifluridine</i>	62
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	118	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	55
TOBREX	119	<i>tri-linyah</i>	106
<i>tolbutamide</i>	70	<i>tri-lo-estarylla</i>	106
<i>tolcapone</i>	55	<i>tri-lo-marzia</i>	106
<i>tolmetin sodium</i>	18	<i>tri-lo-mili</i>	106
<i>tolterodine tartrate</i>	101	<i>tri-lo-sprintec</i>	106
<i>tolvaptan</i>	96	<i>trilyte</i>	98
<i>topiramate</i>	31	<i>trimethoprim</i>	25
<i>topiramate er</i>	31	<i>tri-mili</i>	106
<i>toremifene citrate</i>	47	<i>trimipramine maleate</i>	41
<i>toremide</i>	83	TRINTELLIX	40
TOUJEO MAX SOLOSTAR	72	<i>tri-nymyo</i>	107
TOUJEO SOLOSTAR	72	<i>tri-previfem</i>	107
TPN ELECTROLYTES	97	<i>tri-sprintec</i>	107
TRACLEER	124	TRIUMEQ	64
TRADJENTA	70	<i>tri-vylibra</i>	107
<i>tramadol hcl</i>	19, 20, 22	<i>tri-vylibra lo</i>	107
<i>tramadol hcl (biphasic)</i>	19	TRODELVY	117
<i>tramadol-acetaminophen</i>	22	TROKENDI XR	31
<i>trandolapril</i>	76, 82	TROPHAMINE	96
<i>trandolapril-verapamil hcl</i>	82	TRULICITY	70, 71
<i>tranexamic acid</i>	74	TRUMENBA	115
<i>tranylcypromine sulfate</i>	37	TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE)	52
TRAVASOL	96	TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE)	52
TRAVATAN Z	120	TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE)	52
<i>travoprost</i>	120	TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE)	52
<i>travoprost (bak free)</i>	120	TRUVADA	64
<i>trazodone hcl</i>	40	TUKYSA	52
TRECTOR	46	<i>tulana</i>	108
TRELEGY ELLIPTA	126	TURALIO	52
TRELSTAR MIXJECT	110	TWINRIX	115
TRESIBA	72	TYBOST	64
TRESIBA FLEXTOUCH	72	TYKERB	52
<i>tretinoin</i>	54, 91	TYMLOS	116
TREXALL	114	TYPHIM VI	115
<i>tri femynor</i>	106		
<i>triamcinolone acetonide</i>	90, 92	U	
<i>triamterene</i>	83	UCERIS	115
<i>triamterene-hctz</i>	83	UDENYCA	74
<i>triazolam</i>	126	ULORIC	44
<i>triderm</i>	93	<i>unithroid</i>	109
<i>trientine hcl</i>	96	UPTRAVI	124

ursodiol..... 98

V

valacyclovir hcl..... 62

VALCHLOR..... 46

valganciclovir hcl 61

valproic acid..... 31

valsartan 75, 83

valsartan-hydrochlorothiazide 83

VALTOCO 10 MG DOSE..... 33

VALTOCO 15 MG DOSE..... 33

VALTOCO 20 MG DOSE..... 33

VALTOCO 5 MG DOSE..... 33

vancomycin hcl..... 25

VANCOMYCIN HCL 25

vandazole 25

VAQTA 115

VARIVAX 115

VARIZIG..... 111

VARUBI (180 MG DOSE) 43

VASCEPA 85

VELPHORO..... 96

VELTASSA 97

VEMLIDY..... 61

VENCLEXTA 52

VENCLEXTA STARTING PACK..... 52

venlafaxine hcl 40, 41

VENTOLIN HFA 123

verapamil hcl 80

VERSACLOZ 61

VERZENIO 52

VESICARE 101

VICTOZA..... 71

VIDEX..... 64

VIDEX EC..... 64

vigabatrin 33

vigadrone 33

VIIBRYD..... 41

VIIBRYD STARTER PACK 41

VIMPAT 34

viorele 107

VIRACEPT 65

VIREAD 64

vitamin d (ergocalciferol) 116

VITRAKVI..... 53

VIZIMPRO..... 53

volnea 107

voriconazole 44

VOTRIENT..... 53

VRAYLAR 60

vylibra 107

VYZULTA..... 120

W

warfarin sodium..... 73

wixela inhub..... 126

wymzya fe..... 107

X

XALKORI 53

XARELTO 73, 74

XARELTO STARTER PACK 74

XATMEP 114

XCOPRI..... 31, 32

XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)..... 31

XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)..... 32

XGEVA..... 117

XIFAXAN 25

XIGDUO XR..... 71

XIIDRA..... 118

XOFLUZA (40 MG DOSE) 65

XOFLUZA (80 MG DOSE) 65

XOLAIR..... 111

XOSPATA 53

XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)..... 48

XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)..... 48

XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)..... 48

XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)..... 48

XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)..... 48

XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)..... 48, 49

XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)..... 49

XTANDI..... 46

XULTOPHY..... 71

XURIDEN 100

XYREM 127

Y

YF-VAX..... 115

YONSA..... 46

yuvafem..... 107

Z

zafirlukast 122

zaleplon 126

ZARXIO 74

zebutal 89

ZEJULA 53

ZELBORAF 53

zenatane 91

ZENPEP 100

zenzedi 86

ZEPZELCA 46

zidovudine 64

ziprasidone hcl 60

ziprasidone mesylate 60

ZIRGAN 61

ZOLINZA 49

zolpidem tartrate 126

zonisamide 34

ZORTRESS 114

ZOSTAVAX 115

ZULRESSO 37

ZYDELIG 53

ZYKADIA 53

ZYLET 118

ZYNLONTA 54

ZYPREXA RELPREVV 60

ZYTIGA 46



3250 Mary Street, Suite 400
Coconut Grove, FL 33133

1.877.336.2069 | 1.877.206.0500 / TTY:711 | [HealthSun.com](https://www.healthsun.com)

Medicare_{Rx}
Prescription Drug Coverage _{Rx}

PLEASE READ: THIS DOCUMENT CONTAINS INFORMATION ABOUT THE DRUGS WE COVER IN THIS PLAN. ID 21299 v.22. This formulary was updated on 10/20/2021. For more recent information or other questions, please contact HealthSun Health Plans at 877-336-2069 or, for TTY users, 877-206-0500. Our hours of operation are Monday through Friday from 8 am to 8 pm. During October 1st until March 31st we are available seven days week from 8 am to 8 pm, or visit www.healthsun.com. Every year Medicare evaluates plans based on a 5-star rating system. Este formulario se actualizó en 10/20/2021. Para información más reciente u otras preguntas, comuníquese con HealthSun Health Plans al 877-336-2069 o, para usuarios de TTY, al 877-206-0500. Nuestro horario de operación es de lunes a viernes de 8 am a 8 pm. Desde octubre 1 hasta marzo 31 estamos disponibles los siete días de la semana de 8 am a 8 pm o visite www.healthsun.com. Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas.