

BILINGUAL

HealthSun

HEALTH PLANS

2022

HealthAdvantage Plan (HMO)
HealthAdvantage Plus (HMO)
MediMax (HMO)

FORMULARY
(LIST OF COVERED DRUGS)

FORMULARIO
(LISTA DE MEDICINAS CUBIERTAS)

MedicareRx
Prescription Drug Coverage



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

LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.

HPMS Approved Formulary File Submission ID 22310, Version Number 12

This formulary was updated on 03/16/2022. For more recent information or other questions, please contact HealthSun Health Plans Member Services at 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500), Monday through Friday from 8 am to 8 pm (closed on federal holidays) and we are open seven days a week during October 1 to March 31 from 8 am to 8 pm (closed Thanksgiving and Christmas Days), or visit www.healthsun.com. Este formulario se actualizó el 03/16/2022. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con HealthSun Health Plans, Servicios al Cliente al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500), de lunes a viernes de 8 am a 8 pm (cerramos los días feriados federales) y durante el 1 de octubre hasta el 31 de marzo estamos abiertos siete días a la semana de 8 am a 8 pm (cerramos el Día de Acción de Gracias y en Navidad), o visite www.healthsun.com.

HealthSun Health Plans
2022 Formulary (List of Covered Drugs)
PLEASE READ: THIS DOCUMENT CONTAINS INFORMATION
ABOUT THE DRUGS WE COVER IN THIS PLAN

HPMS Approved Formulary File Submission ID 22310, Version Number 12

This formulary was updated on 03/16/2022. For more recent information or other questions, please contact us, HealthSun Health Plans Member Services at 1-877-336-2069 (TTY users should call 1-877-206-0500), Monday through Friday from 8am to 8pm, EST., or visit www.healthsun.com. During October 1st through March 31st, we are open seven days a week from 8am to 8pm (our office will be 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 a list of the drugs (formulary) for our plan which is current as of 03/16/2022. 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, 2023 and from time to time during the year.

What is the HealthSun Health Plans Formulary?

A formulary is a list of covered drugs selected by our plan 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 plan 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 the 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 how to request an exception, and you can find information in the section below titled “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 both. 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 2022 formulary that was covered at the beginning of the year, we will not discontinue or reduce coverage of the drug during the 2022 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 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 03/16/2022. To get updated information about the drugs covered by our plan 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 120**. 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:** our plan requires you or your physician to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval from our plan before you fill your prescriptions. If you don't get approval, our plan may not cover the drug.
- **Quantity Limits:** For certain drugs, our plan limits the amount of the drug that we will cover. For example, our plan provides 30 caps a month per prescription for Tresiba. This may be in addition to a standard one-month or three-month supply.
- **Step Therapy:** In some cases, our plan 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, our plan may not cover Drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, our 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 **page 15**. You can also get more information about the restrictions applied to specific covered drugs by visiting our Web site. We have posted online documents that 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 3** 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. Our plan pays for certain OTC drugs. HealthSun Health Plans 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 cost of the OTC drugs does not count for 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 our plan does not cover your drug, you have two options:

- You can ask Member Services for a list of similar drugs that are covered by our plan. 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 our 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 our 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 lower cost-sharing level, unless the drug is 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, our 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, our plan 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 us for an initial coverage decision for a formulary, tier, or utilization restriction exception. **When you request a formulary, tier, 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 an appropriate drug that we cover or request a formulary exception so that we will cover the drug you take. While you talk to your doctor 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.

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 the following: **(1)** the transition of new members into the plan during the annual election period; **(2)** the transition of newly eligible Medicare members from other coverage into our plan; **(3)** the transition of individuals who switch from one Plan to another after the start of the contract year; **(4)** members residing in a Long Term care (LTC) Facility; **(5)** current members affected by negative formulary changes from one contract year to the next contract year; **(6)** 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; **(7)** 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; **(8)** current members experiencing a level of care change; **(9)** current members entering the LTC setting from other care settings; and **(10)** 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 <http://www.medicare.gov>.

HealthSun Health Plans Formulary

The formulary that begins on **page 15** provides coverage information about the drugs covered by our plan. If you have trouble finding your drug in the list, turn to the Index that begins on **page 120**.

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

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

Certain drugs throughout the formulary will be marked with one or more symbols to indicate their application, such as utilization management restrictions and requirements, mail order availability, drugs limited to a one month supply (even when the drug is on a tier that allows for an extended day supply), excluded Part D drugs covered by the plan, limited access, drugs covered in the coverage gap stage, tier names, and other coverage information.

Drug Tier	Drug Tier Name
Tier 1	Preferred Generic
Tier 2	Generic
Tier 3	Preferred Brand
Tier 4	Non-Preferred Brand
Tier 5	Specialty Tier
Tier 6	Supplemental Drugs

SYMBOL	NAME	DESCRIPTION
90D	90 Day Benefit	This drug is approved for a 90 day supply.
B/D PA	Part B vs. Part D Prior Authorization Review	This drug may be covered under Medicare Part B or Medicare Part D depending upon the circumstances.
ED	Excluded Drug	Coverage for excluded Medicare Part D Drugs. 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.

SYMBOL	NAME	DESCRIPTION
GC	Gap Coverage	Depending on your plan, we provide additional coverage of this prescription drug in the coverage gap. Please refer to our Evidence of Coverage for more information about this coverage.
HRM	High Risk Medication	PA required for ages 65 or over.
LA	Limited Access	This prescription may be available only at certain pharmacies. For more information consult your Pharmacy Directory or call Member Services at 1-877-336-2069 (TTY users should call 1-877-206-0500), Monday through Friday from 8am to 8pm, or visit www.HealthSun.com (we are closed on Federal Holidays).
NM	Non-Mail-Order	This drug is not available at our mail order pharmacies.
NEDS	Non-Extended Days Supply	This drug is approved for no more than a 30-day supply.
OTC	Over-the-Counter	Non-prescription drugs that are not covered by a Medicare Prescription Drug Plan.
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 timeframe. Certain drugs marked "QL" for quantity limit will indicate the amount (days' supply or amount dispensed).
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.

HealthSun Health Plans

Formulario para 2022 (Lista de medicamentos cubiertos)

LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

HPMS Approved Formulary File Submission ID 22310, Version Number 12

Este formulario resumido se actualizó el 03/16/2022. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con HealthSun Health Plans Servicios para los afiliados al 1-877-336-2069. Los usuarios de TTY deben llamar al 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 para los miembros actuales: este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a HealthSun Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a HealthSun Health Plans.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 03/16/2022. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de HealthSun Health Plans?

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por nuestro plan con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se considera que son parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, HealthSun Health Plans cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea medicamento necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de nuestro plan y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero nosotros podríamos agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

Cambios que pueden afectarlo este año: en los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura 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. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo 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 Drogas y Alimentos 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 miembros que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros 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 ambas cosas. 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 miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.
 - Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo 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?”.

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2022 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2022, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto es vigente a partir del 03/16/2022. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nosotros, comuníquese con nosotros. 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 utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Condición médica

El Formulario comienza en la **página 15**. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una condición cardíaca se enumeran dentro de la categoría “agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza **página 15**. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la **página 120**. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** nuestro plan exige que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de nuestro plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 30 capsulas/mensual por receta para Tresiba. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** en algunos casos, nuestro plan requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la **página 15**. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explica(n) nuestra(s) restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece 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 puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de HealthSun Health Plans?” en la **página 10** para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta libre?

Los medicamentos de venta libre (OTC) son medicamentos sin receta que, normalmente, no están cubiertos por un plan de medicamentos con receta de Medicare. Nuestro plan paga por ciertos medicamentos de venta libre. HealthSun Health Plans le proporcionará estos medicamentos de venta libre, sin costo alguno para usted. El costo para nuestro plan de estos medicamentos de venta libre 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 el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que nuestro plan no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por HealthSun Health Plans.
- Puede solicitar que nuestro plan haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

Puede solicitarle a nuestro plan que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor, a menos que el medicamento esté en el nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría el monto que usted debe pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, nuestro plan solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, [el medicamento de menor costo compartido] o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o pudieran causarle efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cobertura para una excepción al Formulario, nivel de costo compartido, o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario, nivel de costo compartido, 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.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido 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 consideran que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la excepción, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo 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 miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el Formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el Formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no estén 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 de su primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro 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 lo siguiente: **(1)** la transición de Afiliados nuevos al plan durante el periodo de elección anual; **(2)** la transición de Afiliados de Medicare que acaban de hacerse elegibles, que pasan de otra cobertura a nuestro plan; **(3)** la transición de personas que se cambian de un plan a otro después de que se inicia el año del contrato; **(4)** los Afiliados que residen en un centro de atención a largo plazo; **(5)** Afiliados actuales que se ven afectados por cambios negativos en el formulario que se dan de un año del contrato al siguiente; **(6)** Afiliados que solicitan una excepción, y para la cual no se emite una decisión oportuna al final del periodo de transición; **(7)** 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; **(8)** Afiliados actuales que experimentan un cambio en el nivel de atención; **(9)** Afiliados actuales que ingresan en el centro de atención a largo plazo provenientes de otros centros de atención; y **(10)** 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 obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de HealthSun Health Plans, consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre HealthSun Health Plans, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Si tiene preguntas generales sobre su cobertura para medicamentos con receta de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

Formulario de HealthSun Health Plans

El formulario que **comienza en la página 15** proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la **página 120**.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, NORTHERA CAP), y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, simvastatin tab).

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si nuestro plan tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

Ciertos medicamentos en el formulario estarán marcados con uno o más símbolos para indicar su aplicación, tal como restricciones y requisitos de administración de utilización, disponibilidad por correo, medicamentos limitados a un suministro de un mes (incluso cuando el medicamento está en un nivel que permite suministro de día extendido), medicamentos excluidos de la Parte D cubiertos por el plan, acceso limitado, medicamentos cubiertos en la etapa de brecha de cobertura, nombre del nivel y otra información de cobertura.

Nivel de Medicamento	Nombre de nivel de medicamento
Nivel 1	Genérico preferido
Nivel 2	Genérico
Nivel 3	Marca preferida
Nivel 4	Marca no preferida
Nivel 5	Nivel de especialidad
Nivel 6	Medicamentos suplementarios

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
90D	Beneficio de 90 días	Este medicamento está aprobado para un suministro de 90 días cuando obtiene su receta.
B/D PA	Parte B vs. Parte D Revisión de autorización previa	Este medicamento puede estar cubierto bajo de la Parte B de Medicare o de la Parte D de Medicare, dependiendo las circunstancias.
ED	Medicamento excluido	Cobertura de medicamentos excluidos por la Parte D de Medicare. Este medicamento, generalmente, no está cubierto en un plan de medicamentos con receta de Medicare. El monto que paga cuando obtiene uno de estos medicamentos no 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.

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
GC	Etapa sin cobertura	Dependiendo de su inscripción, 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.
HRM	Medicamento de alto riesgo	Se requiere autorización previa para mayores de 65 años.
LA	Acceso limitado	Está limitado a ciertas farmacias. Este medicamento recetado puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para más información consulta con nuestro directorio de farmacias o llama a Servicios para Afiliados al 1-877-336-2069 (usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500), de lunes a viernes de 8am a 8pm, o www.HealthSun.com (nuestra oficina esta cerada los días feriados federales).
NM	No es elegible para pedido por correo	Este medicamento no es disponible por pedido de correo.
NEDS	Suministro diario no extendido	Este medicamento no se puede suministrar por un periodo mayor a 30 días
OTC	Venta libre	Medicamentos que no necesitan receta y generalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de receta de Medicare.
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. Ciertos medicamentos marcados con "QL" indican el límite de cantidad en los días de suministro o en la cantidad cubierta para este medicamento.
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.

Table of Contents / Tabla de contenido

<p>Analgesics/Analgésicos 17</p> <p>Anesthetics/Anestésicos 20</p> <p>Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents/Agentes De Tratamientos Para Abuso De Sustancias/Contra Adicciones..... 21</p> <p>Antibacterials/Antibacterianos 22</p> <p>Anticonvulsants/Anticonvulsivos 28</p> <p>Antidementia Agents/Agentes Antidemencia 33</p> <p>Antidepressants/Antidepresivos..... 34</p> <p>Antiemetics/Antieméticos 37</p> <p>Antifungals/Antifúngicos..... 38</p> <p>Antigout Agents/Agentes Antigota..... 40</p> <p>Antimigraine Agents/Agentes Antimigrañas 40</p> <p>Antimyasthenic Agents/Agentes Antihistamínicos 41</p> <p>Antimycobacterials/Antimicobacterianos 41</p> <p>Antineoplastics/Antineoplásicos..... 41</p> <p>Antiparasitics/Antiparasitario 50</p> <p>Antiparkinson Agents/Agentes Antiparkinsonianos 50</p> <p>Antipsychotics/Antipsicóticos 52</p> <p>Antispasticity Agents/Agentes Antiespasticidad..... 56</p> <p>Antivirals/Antivirales..... 56</p> <p>Anxiolytics/Ansiolíticos..... 61</p> <p>Bipolar Agents/Agentes Para El Trastorno Bipolar 62</p> <p>Blood Glucose Regulators/Reguladores De La Glucosa En Sangre 62</p>	<p>Blood Products And Modifiers/Productos Sanguíneos Y Modificadores 67</p> <p>Cardiovascular Agents/Agentes Cardiovasculares 69</p> <p>Central Nervous System Agents/Agentes Del Sistema Nervioso Central..... 79</p> <p>Dental And Oral Agents/Agentes Dentales Y Orales 82</p> <p>Dermatological Agents/Agentes Dermatológicos 82</p> <p>Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins/Elect rolitos/Minerales/Metales/Vitaminas..... 86</p> <p>Gastrointestinal Agents/Agentes Gastrointestinales..... 89</p> <p>Genetic Or Enzyme Or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment/Trastorno Genético, Enzimático O Proteico: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento 92</p> <p>Genitourinary Agents/Agentes Genitourinarios 92</p> <p>Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Glándula Adrenal) 93</p> <p>Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Glándula Pituitaria) 95</p> <p>Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Prostaglandins)/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Prostaglandinas) 95</p>
--	---

Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Modificadores/Hormonas Sexuales)	95
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Tiroides).....	100
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal)/Agentes, Supresores Hormonales (Glándula Adrenal)	101
Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)/Agentes, Supresores Hormonales (Glándula Pituitaria)	101
Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)/Agentes, Supresores Hormonales (Tiroides).....	102
Immunological Agents/Agentes Inmunitarios	103
Inflammatory Bowel Disease Agents/Agentes Para La Enfermedad Intestinal Inflamatoria.....	108
Metabolic Bone Disease Agents/Agentes De Enfermedades Óseas Metabólicas ..	108
Miscellaneous Therapeutic Agents/Agentes Terapéuticos Varios	109
Ophthalmic Agents/Agentes Oftálmicos	109
Otic Agents/Agentes Óticos	113
Respiratory Tract/Pulmonary Agents/Agentes Pulmonares/De Las Vías Respiratorias	113
Skeletal Muscle Relaxants/Relajantes Del Músculo Esquelético.....	118
Sleep Disorder Agents/Agentes Para El Trastorno Del Sueño.....	119

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	90D; GC
diclofenac potassium 50 mg tab	1	90D; GC
diclofenac sodium 1 % gel	2	QL (1000 per 30 days); GC
diclofenac sodium 1.5 % solution	2	QL (300 per 30 days); GC
diclofenac sodium 25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr	1	90D; GC
diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h	1	90D; GC
diclofenac-misoprostol 50-0.2 mg tab dr, 75-0.2 mg tab dr	2	90D; GC
diflunisal 500 mg tab	2	90D; GC
DUEXIS 800-26.6 MG TAB	5	PA; QL (90 per 30 days)
ec-naproxen 375 mg tab dr, 500 mg tab dr	2	90D; GC
etodolac 200 mg cap, 300 mg cap, 400 mg tab, 500 mg tab	1	90D; GC
etodolac er 400 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h	2	90D; GC
fenoprofen calcium 600 mg tab	2	90D; GC
flurbiprofen 100 mg tab	1	90D; GC
ibu 600 mg tab, 800 mg tab	1	90D; GC
ibuprofen 100 mg/5ml suspension	1	GC
ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab	1	90D; GC
ibuprofen-famotidine 800-26.6 mg tab	4	PA; QL (90 per 30 days)
indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	PA; 90D; GC; HRM
indomethacin er 75 mg cap er	2	PA; 90D; GC; HRM
ketoprofen 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	2	90D; GC
ketoprofen er 200 mg cap er 24h	2	90D; GC
ketorolac tromethamine 10 mg tab	2	PA; GC; HRM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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	90D; GC
<i>meloxicam 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>naproxen 125 mg/5ml suspension, 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	2	90D; GC
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>oxaprozin 600 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>piroxicam 10 mg cap, 20 mg cap</i>	2	90D; GC
<i>relafen 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	90D; GC
Opioid Analgesics, Long-Acting/Analgésicos Opioides, Acción Prolongada		
<i>buprenorphine 7.5 mcg/hr patch wk</i>	2	PA; 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); NEDS; GC
<i>methadone hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	PA; QL (180 per 30 days); NEDS; GC
<i>methadone hcl 5 mg/5ml solution, 10 mg/5ml solution</i>	2	QL (900 per 30 days); NEDS; GC
<i>morphine sulfate er 10 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 30 mg cap er 24h, 40 mg cap er 24h, 50 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h, 100 mg cap er 24h, 100 mg tab er, 200 mg tab er</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); NEDS; GC
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er, 30 mg tab er, 60 mg tab er</i>	2	PA; QL (90 per 30 days); NEDS; GC
<i>morphine sulfate er beads 30 mg cap er 24h, 45 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 75 mg cap er 24h, 90 mg cap er 24h, 120 mg cap er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); NEDS; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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 er (biphasic) 100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); NEDS; GC
<i>tramadol hcl er 100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days); 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); NEDS; GC
<i>acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); NEDS; GC
<i>acetaminophen-codeine #4 300-60 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); NEDS; GC
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml solution</i>	2	QL (900 per 30 days); NEDS; GC
<i>acetaminophen-codeine 300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); NEDS; GC
<i>ascomp-codeine 50-325-40-30 mg cap</i>	2	PA; QL (180 per 30 days); 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); NEDS; GC; HRM
<i>butalbital-asa-caff-codeine 50-325-40-30 mg cap</i>	2	PA; QL (180 per 30 days); NEDS; GC; HRM
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	2	QL (5 per 30 days); NEDS; GC
<i>carisoprodol-aspirin-codeine 200-325-16 mg tab</i>	2	PA; GC; HRM
<i>duramorph 0.5 mg/ml solution, 1 mg/ml solution</i>	4	QL (180 per 30 days); 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); 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); 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); NEDS; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
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	2	QL (180 per 30 days); NEDS; GC
hydrocodone-ibuprofen 5-200 mg tab, 7.5-200 mg tab, 10-200 mg tab	2	QL (50 per 10 days); NEDS; GC
hydromorphone hcl 1 mg/ml liquid	2	QL (720 per 30 days); NEDS; GC
hydromorphone hcl 2 mg tab, 2 mg/ml solution, 4 mg tab, 8 mg tab	2	QL (180 per 30 days); NEDS; GC
meperidine hcl 25 mg/ml solution, 50 mg/ml solution, 100 mg/ml solution	2	PA; QL (120 per 30 days); NEDS; GC; HRM
meperidine hcl 50 mg tab, 100 mg tab	2	PA; QL (180 per 30 days); NEDS; GC; HRM
meperidine hcl 50 mg/5ml solution	2	PA; QL (900 per 30 days); NEDS; GC; HRM
morphine sulfate (concentrate) 20 mg/ml solution, 100 mg/5ml solution	2	QL (180 per 30 days); NEDS; GC
morphine sulfate (pf) 0.5 mg/ml solution, 1 mg/ml solution	4	QL (180 per 30 days); NEDS
morphine sulfate 10 mg/5ml solution, 20 mg/5ml solution	2	QL (900 per 30 days); NEDS; GC
morphine sulfate 15 mg tab	2	QL (180 per 30 days); NEDS; GC
morphine sulfate 30 mg tab	1	QL (180 per 30 days); NEDS; GC
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); NEDS; GC
oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab	2	QL (180 per 30 days); NEDS; GC
oxymorphone hcl 5 mg tab, 10 mg tab	2	QL (180 per 30 days); NEDS; GC
pentazocine-naloxone hcl 50-0.5 mg tab	2	PA; QL (360 per 30 days); NEDS; GC; HRM
tramadol hcl 50 mg tab	1	QL (240 per 30 days); NEDS; GC
tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab	2	QL (40 per 5 days); NEDS; GC
Anesthetics/Anestésicos		
Local Anesthetics/Anestésicos Locales		

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>glydo 2 % prsyr</i>	2	GC
<i>lidocaine 5 % ointment</i>	2	PA; QL (150 per 30 days); GC
<i>lidocaine 5 % patch</i>	2	PA; QL (90 per 30 days); GC
<i>lidocaine hcl 4 % solution</i>	2	PA; QL (300 per 30 days); GC
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal 2 % gel, 2 % prsyr</i>	2	GC
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	1	GC
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i>	2	QL (30 per 30 days); GC
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	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	90D; GC
<i>disulfiram 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	90D; GC
Opioid Dependence/Dependencia A Opioides		
<i>buprenorphine hcl 2 mg sl tab</i>	2	QL (240 per 30 days); NEDS; GC
<i>buprenorphine hcl 8 mg sl tab</i>	2	QL (60 per 30 days); NEDS; GC
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 12-3 mg film</i>	2	QL (60 per 30 days); 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); NEDS; GC
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 4-1 mg film</i>	2	QL (180 per 30 days); NEDS; GC
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 8-2 mg film, 8-2 mg sl tab</i>	2	QL (90 per 30 days); NEDS; GC
Opioid Reversal Agents/Agentes Reversores De Opioides		
<i>naloxone hcl 0.4 mg/ml soln cart, 2 mg/2ml soln prsyr, 4 mg/0.1ml liquid</i>	2	GC
<i>naloxone hcl 0.4 mg/ml solution</i>	1	GC
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	2	GC
NARCAN 4 MG/0.1ML LIQUID	3	
Smoking Cessation Agents/Agentes Para Dejar De Fumar		
APO-VARENICLINE 0.5 MG TAB	3	PA; QL (60 per 30 days)
APO-VARENICLINE 1 MG TAB	3	PA; QL (56 per 28 days)
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>	2	QL (60 per 30 days); GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
CHANTIX 0.5 MG TAB	3	PA; QL (60 per 30 days)
CHANTIX 1 MG TAB	3	PA; QL (56 per 28 days)
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK 1 MG TAB	3	PA; QL (56 per 28 days)
CHANTIX STARTING MONTH PAK 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42 TAB	3	PA
NICOTROL 10 MG INHALER	4	
VARENICLINE TARTRATE 0.5 MG TAB	3	PA; QL (60 per 30 days)
VARENICLINE TARTRATE 1 MG TAB	3	PA; QL (56 per 28 days)
Antibacterials/Antibacterianos		
Aminoglycosides/Aminoglucósidos		
amikacin sulfate 500 mg/2ml solution	2	GC
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	4	B/D PA; LA; NM
gentamicin in saline 0.8-0.9 mg/ml-% solution, 1-0.9 mg/ml-% solution, 1.2-0.9 mg/ml-% solution, 1.6-0.9 mg/ml-% solution	2	GC
gentamicin sulfate 0.1 % cream, 0.1 % ointment	2	QL (30 per 30 days); GC
gentamicin sulfate 40 mg/ml solution	2	GC
neomycin sulfate 500 mg tab	2	GC
paromomycin sulfate 250 mg cap	2	GC
streptomycin sulfate 1 gm recon soln	2	GC
tobramycin sulfate 10 mg/ml solution, 80 mg/2ml solution	2	GC
Antibacterials, Other/Antibacterianos, Otro		
acetic acid 2 % solution	1	GC
aztreonam 1 gm recon soln	2	GC
CLEOCIN PHOSPHATE 300 MG/2ML SOLUTION	4	
clindacin etz 1 % swab	2	GC
clindacin-p 1 % swab	2	GC
clindamycin hcl 75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap	1	GC
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln	2	GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
clindamycin phosphate 1 % swab, 2 % cream, 600 mg/4ml solution	2	GC
clindamycin phosphate in d5w 300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution	2	GC
colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln	2	GC
daptomycin 350 mg recon soln	3	
daptomycin 500 mg recon soln	5	
FIRVANQ 25 MG/ML RECON SOLN, 50 MG/ML RECON SOLN	4	QL (1200 per 30 days)
linezolid 100 mg/5ml recon susp	5	PA; QL (1800 per 30 days)
linezolid 600 mg tab	4	PA; QL (56 per 28 days)
linezolid 600 mg/300ml solution	2	GC
linezolid in sodium chloride 600-0.9 mg/300ml-% solution	2	GC
methenamine hippurate 1 gm tab	2	GC
metronidazole 0.75 % cream, 0.75 % gel, 0.75 % lotion, 1 % gel, 375 mg cap	2	GC
metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab	1	GC
metronidazole in nacl 5-0.79 mg/ml-% solution, 500-0.79 mg/100ml-% solution	2	GC
nitrofurantoin macrocrystal 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap	2	GC
nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap	2	GC
rosadan 0.75 % cream, 0.75 % gel	2	GC
tigecycline 50 mg recon soln	5	
tinidazole 250 mg tab, 500 mg tab	2	GC
trimethoprim 100 mg tab	1	GC
vancomycin hcl 1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 500 mg recon soln	2	GC
vancomycin hcl 100 gm recon soln, 750 mg recon soln	2	B/D PA; GC
vancomycin hcl 125 mg cap	2	PA; QL (240 per 30 days); GC
vancomycin hcl 250 mg cap	4	PA; QL (240 per 30 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
VANCOMYCIN HCL 250 MG RECON SOLN, 500 MG/100ML SOLUTION, 750 MG/150ML SOLUTION, 1000 MG/200ML SOLUTION, 1250 MG/250ML SOLUTION, 1500 MG/300ML SOLUTION, 1750 MG/350ML SOLUTION, 2000 MG/400ML SOLUTION	3	
VANCOMYCIN HCL 250 MG/5ML RECON SOLN	2	PA; QL (1200 per 30 days); GC
VANDAZOLE 0.75 % GEL	2	GC
XIFAXAN 200 MG TAB	4	PA; QL (9 per 3 days)
XIFAXAN 550 MG TAB	5	PA; QL (84 per 28 days)
Beta-Lactam, Cephalosporins/Betalactámicos, Cefalosporinas		
cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap	2	GC
CEFACLOR ER 500 MG TAB ER 12H	3	
cefadroxil 1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg/5ml recon susp	2	GC
cefazolin sodium 1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 500 mg recon soln	2	GC
cefdinir 125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp, 300 mg cap	2	GC
cefepime hcl 1 gm recon soln, 2 gm recon soln	2	GC
cefixime 100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap	2	GC
cefoxitin sodium 1 gm recon soln, 10 gm recon soln	2	GC
cefoxitin sodium 2 gm recon soln	4	
cefpodoxime proxetil 50 mg/5ml recon susp, 100 mg tab, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg tab	2	GC
cefprozil 125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab	2	GC
ceftazidime 1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 6 gm recon soln	2	GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
ceftriaxone sodium 1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln	2	GC
ceftriaxone sodium in dextrose 20 mg/ml solution, 40 mg/ml solution	2	GC
cefuroxime axetil 250 mg tab, 500 mg tab	2	GC
cefuroxime sodium 1.5 gm recon soln, 7.5 gm recon soln, 750 mg recon soln	2	GC
cephalexin 125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab	2	GC
cephalexin 250 mg cap, 500 mg cap	1	GC
SUPRAX 100 MG CHEW TAB, 200 MG CHEW TAB, 500 MG/5ML RECON SUSP	4	
tazicef 1 gm inj recon soln	2	GC
tazicef 1 gm iv recon soln	2	GC
tazicef 2 gm inj recon soln	2	GC
tazicef 2 gm iv recon soln	2	GC
TAZICEF 6 GM INJ RECON SOLN	2	GC
TEFLARO 400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN	5	
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	GC
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	2	GC
amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab er 12h	2	GC
ampicillin 500 mg cap	1	GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>ampicillin sodium 1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln</i>	2	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	GC
BICILLIN C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION	4	
BICILLIN L-A 600000 UNIT/ML SUSPENSION, 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION, 2400000 UNIT/4ML SUSPENSION	4	
<i>dicloxacillin sodium 250 mg cap, 500 mg cap</i>	2	GC
<i>naftillin sodium 1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln</i>	2	GC
<i>penicillin g potassium 5000000 recon soln, 20000000 recon soln</i>	2	GC
<i>penicillin g sodium 5000000 unit recon soln</i>	2	GC
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml recon soln, 250 mg/5ml recon soln</i>	2	GC
<i>penicillin v potassium 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	GC
<i>pfizerpen 20000000 unit recon soln</i>	2	GC
<i>piperacillin sod-tazobactam 2.25 (2-0.25) gm recon soln, 3.375 (3-0.375) gm recon soln, 4.5 (4-0.5) gm recon soln</i>	2	GC
Carbapenems/Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	2	GC
<i>imipenem-cilastatin 250 mg recon soln</i>	2	GC
<i>meropenem 1 gm recon soln, 500 mg recon soln</i>	2	GC
Macrolides/Macrólidos		
<i>azithromycin 1 gm packet, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 500 mg recon soln, 600 mg tab</i>	2	GC
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
clarithromycin 125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab	2	GC
clarithromycin er 500 mg tab er 24h	2	GC
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP, 200 MG TAB	5	PA
e.e.s. 400 400 mg tab	2	GC
ery-tab 250 mg tab dr, 500 mg tab dr	2	GC
ery-tab 333 mg tab dr	3	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 500 MG RECON SOLN	4	
erythrocin stearate 250 mg tab	3	
erythromycin 250 mg tab dr, 500 mg tab dr	2	GC
erythromycin 333 mg tab dr	3	
erythromycin base 250 mg cp dr part, 250 mg tab, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr	2	GC
erythromycin base 333 mg tab dr	3	
erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp	1	GC
erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab, 400 mg/5ml recon susp	2	GC
erythromycin stearate 250 mg tab	3	
Quinolones/Quinolonas		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	4	
ciprofloxacin hcl 0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab	1	GC
ciprofloxacin hcl 100 mg tab, 750 mg tab	2	GC
ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution	2	GC
levofloxacin 25 mg/ml solution	2	GC
levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab	1	GC
levofloxacin in d5w 500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution	2	GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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	GC
ofloxacin 300 mg tab, 400 mg tab	2	GC
Sulfonamides/Sulfamidas		
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion	2	GC
sulfadiazine 500 mg tab	2	GC
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab	1	GC
Tetracyclines/Tetraciclinas		
doxy 100 100 mg recon soln	2	GC
doxycycline hyclate 20 mg tab	1	GC
doxycycline hyclate 50 mg cap, 50 mg tab dr, 100 mg cap, 100 mg recon soln, 100 mg tab, 200 mg tab dr	2	GC
doxycycline monohydrate 25 mg/5ml recon susp, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab, 150 mg tab	2	GC
doxycycline monohydrate 50 mg cap	1	GC
minocycline hcl 50 mg cap	1	GC
minocycline hcl 50 mg tab, 75 mg cap, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab	2	GC
mondoxylene nl 100 mg cap	2	GC
tetracycline hcl 250 mg cap, 500 mg cap	2	GC
Anticonvulsants/Anticonvulsivos		
Anticonvulsants, Other/Anticonvulsivos, Otro		
BRIVIACT 10 MG TAB	4	PA; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	5	PA; QL (600 per 30 days)
BRIVIACT 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB, 100 MG TAB	5	PA; QL (60 per 30 days)
DIACOMIT 250 MG CAP, 250 MG PACKET	5	PA; LA; QL (360 per 30 days); NM
DIACOMIT 500 MG CAP, 500 MG PACKET	5	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM
divalproex sodium 125 mg cap dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr	2	90D; GC
divalproex sodium 125 mg tab dr	1	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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 er 250 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h</i>	2	90D; GC
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	4	PA; LA; NM
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	4	
<i>felbamate 400 mg tab, 600 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>felbamate 600 mg/5ml suspension</i>	5	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	5	PA; LA; NM
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	4	QL (720 per 30 days)
FYCOMPA 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB	4	QL (30 per 30 days)
LAMICTAL XR 21 X 25 MG & 7 X 50 MG KIT, 25 & 50 & 100 MG KIT, 50 & 100 & 200 MG KIT	4	
<i>lamotrigine 25 mg chew tab, 25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	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	90D; GC
<i>lamotrigine er 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h, 100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 250 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h</i>	2	90D; GC
<i>lamotrigine starter kit-blue 35 x 25 mg kit</i>	2	GC
<i>lamotrigine starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg kit</i>	2	GC
<i>lamotrigine starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg kit</i>	2	GC
<i>levetiracetam 100 mg/ml solution</i>	2	90D; GC
<i>levetiracetam 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab, 1000 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i>	2	QL (180 per 30 days); 90D; GC
<i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i>	2	QL (120 per 30 days); 90D; GC
<i>roweeptra 500 mg tab</i>	1	90D; GC
SPRITAM 250 MG TAB, 500 MG TAB, 1000 MG TAB	4	PA; QL (60 per 30 days)
SPRITAM 750 MG TAB	4	PA; QL (120 per 30 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
subvenite 25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab	1	90D; GC
subvenite starter kit-blue 35 x 25 mg kit	2	GC
subvenite starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg kit	2	GC
subvenite starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg kit	2	GC
topiramate 15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink	2	90D; GC
topiramate 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab	1	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	90D; GC
TROKENDI XR 200 MG CAP ER 24H	5	QL (60 per 30 days)
TROKENDI XR 25 MG CAP ER 24H, 50 MG CAP ER 24H, 100 MG CAP ER 24H	4	QL (30 per 30 days)
valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml solution	2	90D; GC
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 50 & 200 MG TAB THPK, 100 & 150 MG TAB THPK	5	QL (56 per 28 days)
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 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X100 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	
ethosuximide 250 mg cap, 250 mg/5ml solution	2	90D; GC
Gamma-Aminobutyric Acid (GABA) Augmenting Agents/Agentes Que Potencian El Ácido Gama Aminobutírico (GABA)		

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>clobazam 10 mg tab</i>	2	PA; QL (120 per 30 days); 90D; GC
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	2	PA; QL (480 per 30 days); 90D; GC
<i>clobazam 20 mg tab</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); 90D; GC
<i>diazepam 2.5 mg gel, 10 mg gel, 20 mg gel</i>	2	GC
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	1	QL (1080 per 30 days); 90D; GC
<i>gabapentin 250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution</i>	2	QL (2160 per 30 days); 90D; GC
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	2	QL (360 per 30 days); 90D; GC
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	2	QL (270 per 30 days); 90D; GC
<i>gabapentin 600 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); 90D; GC
<i>gabapentin 800 mg tab</i>	2	QL (120 per 30 days); 90D; GC
<i>phenobarbital 100 mg tab</i>	1	PA; QL (120 per 30 days); 90D; GC; HRM
<i>phenobarbital 15 mg tab</i>	1	PA; QL (800 per 30 days); 90D; GC; HRM
<i>phenobarbital 16.2 mg tab</i>	1	PA; QL (741 per 30 days); 90D; GC; HRM
<i>phenobarbital 20 mg/5ml elixir</i>	1	PA; QL (3000 per 30 days); 90D; GC; HRM
<i>phenobarbital 30 mg tab</i>	1	PA; QL (400 per 30 days); 90D; GC; HRM
<i>phenobarbital 32.4 mg tab</i>	1	PA; QL (370 per 30 days); 90D; GC; HRM
<i>phenobarbital 60 mg tab</i>	1	PA; QL (200 per 30 days); 90D; GC; HRM
<i>phenobarbital 64.8 mg tab</i>	1	PA; QL (185 per 30 days); 90D; GC; HRM
<i>phenobarbital 97.2 mg tab</i>	1	PA; QL (123 per 30 days); 90D; GC; HRM
<i>primidone 50 mg tab, 250 mg tab</i>	1	90D; GC
SYMPAZAN 10 MG FILM, 20 MG FILM	5	PA; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN 5 MG FILM	4	PA; QL (30 per 30 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>tiagabine hcl 2 mg tab, 4 mg tab, 12 mg tab, 16 mg tab</i>	2	90D; GC
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	5	
VALTOCO 15 MG DOSE 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	4	
VALTOCO 20 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQD THPK	4	
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	4	
<i>vigabatrin 500 mg packet, 500 mg tab</i>	5	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	5	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM
Sodium Channel Agents/Agentes De Canales De Sodio		
APTIOM 200 MG TAB, 400 MG TAB, 600 MG TAB, 800 MG TAB	5	
BANZEL 200 MG TAB	5	PA; QL (480 per 30 days)
BANZEL 400 MG TAB	5	PA; QL (240 per 30 days)
<i>carbamazepine 100 mg chew tab, 200 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>carbamazepine 100 mg/5ml suspension</i>	2	90D; GC
<i>carbamazepine er 100 mg cap er 12h, 100 mg tab er 12h, 200 mg cap er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg cap er 12h, 400 mg tab er 12h</i>	2	90D; GC
DILANTIN 30 MG CAP	4	
<i>epitol 200 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>oxcarbazepine 150 mg tab, 300 mg/5ml suspension, 600 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>oxcarbazepine 300 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>phenytoin 50 mg chew tab, 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension</i>	1	90D; GC
<i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i>	1	90D; GC
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i>	1	90D; GC
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	5	PA; QL (480 per 30 days)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	5	PA; QL (2400 per 30 days)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	5	PA; QL (240 per 30 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION	4	QL (1200 per 30 days)
VIMPAT 50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB	4	QL (60 per 30 days)
zonisamide 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap	2	90D; GC
Antidementia Agents/Agentes Antidementia		
Antidementia Agents, Other/Agentes Antidementia, Otro		
ergoloid mesylates 1 mg tab	2	PA; 90D; GC; HRM
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	
Cholinesterase Inhibitors/Inhibidores De La Colinesterasa		
donepezil hcl 5 mg tab disp, 10 mg tab disp, 23 mg tab	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
donepezil hcl 5 mg tab, 10 mg tab	1	QL (30 per 30 days); 90D; GC
galantamine hydrobromide 4 mg tab, 8 mg tab, 12 mg tab	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
galantamine hydrobromide 4 mg/ml solution	2	QL (200 per 30 days); 90D; GC
galantamine hydrobromide er 8 mg cap er 24h, 16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
rivastigmine 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr, 13.3 mg/24hr patch 24hr	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
N-Methyl-D-Aspartate (NMDA) Receptor Antagonist/Antagonistas De Los Receptores De N-Metil-D-Aspartato (NMDA)		
memantine hcl 10 mg tab	2	PA; QL (60 per 30 days); 90D; GC
memantine hcl 28 x 5 mg & 21 x 10 mg tab	2	PA; QL (60 per 30 days); GC
memantine hcl 5 mg tab	2	PA; QL (90 per 30 days); 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
memantine hcl er 7 mg cap er 24h, 14 mg cap er 24h, 21 mg cap er 24h, 28 mg cap er 24h	2	PA; QL (30 per 30 days); 90D; GC
Antidepressants/Antidepresivos		
Antidepressants, Other/Antidepresivos, Otro		
APLENZIN 174 MG TAB ER 24H	4	QL (90 per 30 days)
APLENZIN 348 MG TAB ER 24H	5	QL (45 per 30 days)
APLENZIN 522 MG TAB ER 24H	5	QL (30 per 30 days)
bupropion hcl 100 mg tab	1	QL (135 per 30 days); 90D; GC
bupropion hcl 75 mg tab	1	QL (180 per 30 days); 90D; GC
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h	2	QL (120 per 30 days); 90D; GC
bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h, 200 mg tab er 12h	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h	2	QL (90 per 30 days); 90D; GC
bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h, 450 mg tab er 24h	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
chlordiazepoxide-amitriptyline 5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab	2	PA; 90D; GC; HRM
LYBALVI 5-10 MG TAB, 10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
mirtazapine 15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab disp	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
mirtazapine 45 mg tab	1	QL (30 per 30 days); 90D; GC
mirtazapine 7.5 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab	1	90D; GC
olanzapine-fluoxetine hcl 3-25 mg cap, 6-25 mg cap	2	QL (90 per 30 days); 90D; GC
olanzapine-fluoxetine hcl 6-50 mg cap, 12-25 mg cap, 12-50 mg cap	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
perphenazine-amitriptyline 2-10 mg tab, 2-25 mg tab, 4-10 mg tab, 4-25 mg tab, 4-50 mg tab	2	PA; 90D; GC; HRM
SPRAVATO (56 MG DOSE) 28 MG/DEVICE SOLN THPK	5	PA; QL (16 per 28 days); NM
SPRAVATO (84 MG DOSE) 28 MG/DEVICE SOLN THPK	5	PA; QL (24 per 28 days); NM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
ZULRESSO 100 MG/20ML SOLUTION	5	PA; NM
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)
MARPLAN 10 MG TAB	4	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	2	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); 90D; GC
<i>citalopram hydrobromide 10 mg/5ml solution</i>	2	QL (600 per 30 days); 90D; GC
<i>citalopram hydrobromide 20 mg tab</i>	1	QL (60 per 30 days); 90D; GC
<i>citalopram hydrobromide 40 mg tab</i>	1	QL (30 per 30 days); 90D; GC
DESVENLAFAXINE ER 50 MG TAB ER 24H, 100 MG TAB ER 24H	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
<i>desvenlafaxine succinate er 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h, 100 mg tab er 24h</i>	2	90D; GC
<i>escitalopram oxalate 10 mg tab</i>	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
<i>escitalopram oxalate 20 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
<i>escitalopram oxalate 5 mg tab</i>	2	QL (120 per 30 days); 90D; GC
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5ml solution</i>	2	QL (600 per 30 days); 90D; GC
FETZIMA 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H, 120 MG CAP ER 24H	3	PA; QL (30 per 30 days)
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	3	PA
<i>fluoxetine hcl (pmd) 10 mg tab</i>	4	QL (45 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl (pmd) 20 mg tab</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl 10 mg cap</i>	1	90D; GC
<i>fluoxetine hcl 10 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>fluoxetine hcl 20 mg cap, 20 mg tab</i>	2	QL (120 per 30 days); 90D; GC
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>	2	QL (600 per 30 days); 90D; GC
<i>fluoxetine hcl 40 mg cap</i>	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
<i>fluoxetine hcl 60 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
fluoxetine hcl 90 mg cap dr	2	QL (4 per 28 days); 90D; GC
fluvoxamine maleate 100 mg tab	1	QL (90 per 30 days); 90D; GC
fluvoxamine maleate 25 mg tab, 50 mg tab	1	90D; GC
fluvoxamine maleate er 100 mg cap er 24h	2	QL (90 per 30 days); 90D; GC
fluvoxamine maleate er 150 mg cap er 24h	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
nefazodone hcl 200 mg tab	2	QL (90 per 30 days); 90D; GC
nefazodone hcl 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 250 mg tab	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
paroxetine hcl 10 mg tab, 20 mg tab	1	90D; GC
paroxetine hcl 10 mg/5ml suspension	2	QL (900 per 30 days); 90D; GC
paroxetine hcl 30 mg tab	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
paroxetine hcl 40 mg tab	1	QL (45 per 30 days); 90D; GC
paroxetine hcl er 12.5 mg tab er 24h	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
paroxetine hcl er 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
paroxetine mesylate 7.5 mg cap	2	90D; GC
PAXIL 10 MG/5ML SUSPENSION	4	QL (900 per 30 days)
PEXEVA 10 MG TAB, 40 MG TAB	4	QL (45 per 30 days)
PEXEVA 20 MG TAB	4	QL (30 per 30 days)
PEXEVA 30 MG TAB	4	QL (60 per 30 days)
sertraline hcl 100 mg tab	1	QL (60 per 30 days); 90D; GC
sertraline hcl 20 mg/ml conc	2	QL (300 per 30 days); 90D; GC
sertraline hcl 25 mg tab	1	QL (240 per 30 days); 90D; GC
sertraline hcl 50 mg tab	1	QL (120 per 30 days); 90D; GC
trazodone hcl 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab	1	90D; GC
TRINTELLIX 5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB	4	QL (30 per 30 days)
venlafaxine hcl 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab	1	QL (90 per 30 days); 90D; GC
venlafaxine hcl 75 mg tab	1	90D; GC
venlafaxine hcl er 37.5 mg cap er 24h, 75 mg cap er 24h, 150 mg cap er 24h	1	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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 er 37.5 mg tab er 24h, 225 mg tab er 24h	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
venlafaxine hcl er 75 mg tab er 24h, 150 mg tab er 24h	2	90D; GC
VIIBRYD 10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB	3	QL (30 per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK 10 & 20 MG KIT	3	
Tricyclics/Tricíclicos		
amitriptyline hcl 10 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab	1	90D; GC
amitriptyline hcl 25 mg tab, 50 mg tab	2	90D; GC
amoxapine 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab	2	PA; 90D; GC; HRM
clomipramine hcl 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	2	PA; 90D; GC; HRM
desipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab	1	PA; 90D; GC; HRM
desipramine hcl 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab	2	PA; 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; 90D; GC; HRM
imipramine hcl 10 mg tab	1	PA; 90D; GC; HRM
imipramine hcl 25 mg tab, 50 mg tab	2	PA; 90D; GC; HRM
imipramine pamoate 75 mg cap, 100 mg cap, 125 mg cap, 150 mg cap	2	PA; 90D; GC; HRM
nortriptyline hcl 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	90D; GC
nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution	2	90D; GC
protriptyline hcl 5 mg tab, 10 mg tab	2	PA; 90D; GC; HRM
trimipramine maleate 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap	2	90D; GC
Antiemetics/Antieméticos		
Antiemetics, Other/Antieméticos, Otro		
compro 25 mg suppos	2	GC
meclizine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab	1	GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
metoclopramide hcl 5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg tab, 10 mg/10ml solution	1	GC
perphenazine 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab	2	90D; GC
prochlorperazine 25 mg suppos	2	GC
prochlorperazine maleate 5 mg tab, 10 mg tab	1	90D; GC
promethazine hcl 12.5 mg suppos, 25 mg suppos	2	PA; GC; HRM
promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	GC
promethegan 12.5 mg suppos, 25 mg suppos, 50 mg suppos	2	PA; GC; HRM
scopolamine 1 mg/3days patch 72hr	2	QL (10 per 28 days); GC
Emetogenic Therapy Adjuncts/Complementos De La Terapia Emetogénica		
aprepitant 125 mg cap	2	B/D PA; QL (5 per 30 days); GC
aprepitant 40 mg cap	2	B/D PA; QL (1 per 28 days); GC
aprepitant 80 & 125 mg cap, 80 & 125 mg misc	2	B/D PA; QL (15 per 30 days); GC
aprepitant 80 mg cap	2	B/D PA; QL (10 per 30 days); GC
dronabinol 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap	2	B/D PA; QL (120 per 30 days); GC
fosaprepitant dimeglumine 150 mg recon soln	2	GC
granisetron hcl 1 mg tab	2	B/D PA; QL (30 per 30 days); GC
ondansetron 4 mg tab disp, 8 mg tab disp	2	B/D PA; QL (90 per 30 days); GC
ondansetron hcl 24 mg tab	2	B/D PA; QL (30 per 30 days); GC
ondansetron hcl 4 mg tab, 8 mg tab	2	B/D PA; QL (90 per 30 days); GC
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	2	B/D PA; QL (450 per 30 days); GC
SYNDROS 5 MG/ML SOLUTION	5	B/D PA
VARUBI (180 MG DOSE) 2 X 90 MG TAB THPK	3	B/D PA; QL (4 per 28 days)
Antifungals/Antifúngicos		
Antifungals/Antifúngicos		
AMBISOME 50 MG RECON SUSP	4	B/D PA

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
amphotericin b 50 mg recon soln	2	B/D PA; GC
caspofungin acetate 50 mg recon soln, 70 mg recon soln	5	B/D PA
ciclopirox olamine 0.77 % cream	1	QL (90 per 30 days); GC
ciclopirox olamine 0.77 % suspension	1	GC
clotrimazole 1 % cream, 1 % solution	1	GC
clotrimazole 10 mg troche	1	QL (150 per 30 days); GC
econazole nitrate 1 % cream	2	QL (90 per 30 days); GC
ERAXIS 100 MG RECON SOLN	5	PA
ERAXIS 50 MG RECON SOLN	4	PA
fluconazole 10 mg/ml recon susp, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab	2	GC
fluconazole in sodium chloride 200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution	2	GC
flucytosine 250 mg cap, 500 mg cap	5	
griseofulvin microsize 125 mg/5ml suspension	2	GC
itraconazole 100 mg cap	2	PA; GC
JUBLIA 10 % SOLUTION	4	PA
ketoconazole 2 % cream	2	QL (120 per 30 days); GC
ketoconazole 2 % shampoo	1	QL (120 per 30 days); GC
ketoconazole 200 mg tab	1	GC
micafungin sodium 50 mg recon soln, 100 mg recon soln	5	
miconazole 3 200 mg suppos	2	GC
naftifine hcl 1 % cream, 2 % cream	2	GC
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION	5	PA
nyamyc 100000 unit/gm powder	2	GC
nystatin 100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 500000 unit tab	1	GC
nystatin 100000 unit/gm powder, 100000 unit/ml suspension	2	GC
nystop 100000 unit/gm powder	2	GC
ORAVIG 50 MG TAB	5	

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>posaconazole 100 mg tab dr</i>	5	PA
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	1	GC
<i>terconazole 0.4 % cream</i>	1	GC
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	2	GC
<i>voriconazole 200 mg recon soln</i>	5	PA
<i>voriconazole 200 mg tab</i>	5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>voriconazole 40 mg/ml recon susp</i>	5	PA; QL (300 per 30 days)
<i>voriconazole 50 mg tab</i>	2	PA; GC
Antigout Agents/Agentes Antigota		
Antigout Agents/Agentes Antigota		
<i>allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>colchicine 0.6 mg cap, 0.6 mg tab</i>	2	GC
<i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>febuxostat 40 mg tab, 80 mg tab</i>	2	ST; 90D; GC
<i>probenecid 500 mg tab</i>	1	90D; GC
ULORIC 40 MG TAB, 80 MG TAB	3	ST
Antimigraine Agents/Agentes Antimigrañas		
Antimigraine Agents, Other/Agentes Antimigrañas, Otro		
UBRELVY 50 MG TAB, 100 MG TAB	5	PA; QL (16 per 30 days)
Ergot Alkaloids/Alcaloides Del Cornezuelo Del Centeno		
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	5	QL (8 per 28 days)
<i>ergotamine-caffeine 1-100 mg tab</i>	2	GC
<i>migergot 2-100 mg suppos</i>	5	
Prophylactic/Profilácticos		
AIMOVIG 140 MG/ML SOLN A-INJ	3	PA; QL (1 per 28 days)
AIMOVIG 70 MG/ML SOLN A-INJ	3	PA; QL (2 per 28 days)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (3 per 28 days)
EMGALITY 120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR	3	PA; QL (2 per 28 days)
Serotonin (5-HT) Receptor Agonist/Agonista Del Receptor De Serotonina (5-HT)		
<i>almotriptan malate 6.25 mg tab, 12.5 mg tab</i>	2	QL (9 per 30 days); GC
<i>eletriptan hydrobromide 20 mg tab, 40 mg tab</i>	2	QL (9 per 30 days); GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
sumatriptan 5 mg/act solution, 20 mg/act solution	2	GC
sumatriptan succinate 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab	2	QL (9 per 30 days); GC
sumatriptan succinate 4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj	1	QL (6 per 30 days); GC
sumatriptan succinate 6 mg/0.5ml solution	2	QL (6 per 30 days); GC
sumatriptan succinate refill 4 mg/0.5ml soln cart, 6 mg/0.5ml soln cart	1	QL (6 per 30 days); GC
Antimychasthenic Agents/Agentes Antihistamínicos		
Parasympathomimetics/Parasimpaticomiméticos		
pyridostigmine bromide 30 mg tab, 60 mg tab	1	GC
pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution	2	GC
pyridostigmine bromide er 180 mg tab er	2	GC
Antimycobacterials/Antimicobacterianos		
Antimycobacterials, Other/Antimicobacterianos, Otro		
dapsone 25 mg tab, 100 mg tab	2	90D; GC
rifabutin 150 mg cap	2	GC
Antituberculars/Antituberculosos		
ethambutol hcl 100 mg tab	2	GC
ethambutol hcl 400 mg tab	1	GC
isoniazid 50 mg/5ml syrup, 100 mg tab, 300 mg tab	1	90D; GC
PASER 4 GM PACKET	4	
PRIFTIN 150 MG TAB	4	
pyrazinamide 500 mg tab	2	GC
rifampin 150 mg cap, 300 mg cap, 600 mg recon soln	2	GC
SIRTURO 20 MG TAB, 100 MG TAB	5	PA; LA
TRECTOR 250 MG TAB	4	
Antineoplastics/Antineoplásicos		
Alkylating Agents/Agentes Alquilantes		
CYCLOPHOSPHAMIDE 1 GM/5ML SOLUTION, 500 MG/2.5ML SOLUTION	5	NM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
CYCLOPHOSPHAMIDE 2 GM/10ML SOLUTION	5	
<i>cyclophosphamide 25 mg cap, 50 mg cap</i>	3	B/D PA; NM
LEUKERAN 2 MG TAB	3	
MATULANE 50 MG CAP	5	LA; NM
PEPAXTO 20 MG RECON SOLN	5	NM
VALCHLOR 0.016 % GEL	5	PA; LA; NM
ZEPZELCA 4 MG RECON SOLN	5	NM
Antiandrogens/Antiandrógenos		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	5	PA; QL (120 per 30 days); NM
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	5	PA; QL (60 per 30 days); NM
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); GC
ERLEADA 60 MG TAB	5	PA; LA; NM
<i>flutamide 125 mg cap</i>	2	GC
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	5	QL (30 per 30 days)
NUBEQA 300 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM
XTANDI 40 MG CAP	5	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM
XTANDI 40 MG TAB	5	PA; QL (120 per 30 days); NM
XTANDI 80 MG TAB	5	PA; QL (60 per 30 days); NM
Antiangiogenic Agents/Agentes Antiangiogénicos		
POMALYST 1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP	5	PA; LA; QL (21 per 28 days); NM
REVLIMID 10 MG CAP	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
REVLIMID 2.5 MG CAP, 15 MG CAP, 20 MG CAP, 25 MG CAP	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
REVLIMID 5 MG CAP	5	PA; LA; QL (150 per 30 days); NM
THALOMID 150 MG CAP, 200 MG CAP	5	PA; QL (60 per 30 days); NM
THALOMID 50 MG CAP, 100 MG CAP	5	PA; QL (30 per 30 days); NM
Antiestrogens/Modifiers/Antiestrógenos/Modificadores		
EMCYT 140 MG CAP	4	NM
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	4	
<i>tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	5	QL (30 per 30 days); NM
Antimetabolites/Antimetabolitos		

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
ALIMTA 100 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN	5	PA; NM
DROXIA 200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP	4	
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	1	GC
INQOVI 35-100 MG TAB	5	PA; LA; QL (5 per 28 days); NM
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	2	GC
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	5	PA; NM
TABLOID 40 MG TAB	4	
Antineoplastics, Other/Antineoplásicos, Otro		
ASPARLAS 3750 UNIT/5ML SOLUTION	5	PA; NM
AYVAKIT 25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	5	PA; LA
BORTEZOMIB 3.5 MG RECON SOLN	5	PA; NM
BRUKINSA 80 MG CAP	5	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM
EXKIVITY 40 MG CAP	5	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM
FOTIVDA 0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP	5	PA; QL (21 per 28 days); NM
IDHIFA 100 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
IDHIFA 50 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
IMLYGIC 1000000 UNIT/ML SUSPENSION	4	PA; NM
IMLYGIC 100000000 UNIT/ML SUSPENSION	5	PA; NM
INREBIC 100 MG CAP	5	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	5	PA; QL (70 per 28 days); NM
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	5	PA; QL (91 per 28 days); NM
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	5	PA; QL (49 per 28 days); NM
LONSURF 15-6.14 MG TAB, 20-8.19 MG TAB	5	PA; NM
LUMAKRAS 120 MG TAB	5	PA; LA; QL (240 per 30 days); NM
NINLARO 2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP	5	PA; QL (3 per 28 days); NM
ONUREG 200 MG TAB, 300 MG TAB	5	PA; LA; QL (14 per 28 days); NM
<i>oxaliplatin 200 mg/40ml solution</i>	4	B/D PA; NM
<i>paclitaxel 100 mg/16.67ml conc</i>	4	B/D PA; NM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
PHESGO 60-60-2000 MG-MG-U/ML SOLUTION, 80-40-2000 MG-MG-U/ML SOLUTION	5	PA; NM
QINLOCK 50 MG TAB	5	PA; QL (90 per 30 days); NM
RETEVMO 40 MG CAP	5	PA; QL (180 per 30 days); NM
RETEVMO 80 MG CAP	5	PA; QL (120 per 30 days); NM
ROZLYTREK 100 MG CAP	5	PA; LA; QL (150 per 30 days); NM
ROZLYTREK 200 MG CAP	5	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM
RYBREVANT 350 MG/7ML SOLUTION	5	PA; NM
RYLAZE 10 MG/0.5ML SOLUTION	5	PA; NM
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	5	PA; NM
TABRECTA 150 MG TAB, 200 MG TAB	5	PA; QL (120 per 30 days); NM
TAZVERIK 200 MG TAB	5	PA; LA; QL (240 per 30 days); NM
WELIREG 40 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (20 per 28 days); NM
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (8 per 28 days); NM
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (8 per 28 days); NM
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (4 per 28 days); NM
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (16 per 28 days); NM
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (8 per 28 days); NM
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (12 per 28 days); NM
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (4 per 28 days); NM
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (24 per 28 days); NM
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (16 per 28 days); NM
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (8 per 28 days); NM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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 TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (32 per 28 days); NM
ZOLINZA 100 MG CAP	5	PA; QL (120 per 30 days); NM
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation/Inhibidores De La Aromatasa, Tercera Generación		
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
<i>exemestane 25 mg tab</i>	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
Molecular Target Inhibitors/Inhibidores Moleculares Dirigidos		
AFINITOR 10 MG TAB	5	PA; NM
AFINITOR DISPERZ 2 MG TAB SOL, 3 MG TAB SOL, 5 MG TAB SOL	5	PA; NM
ALECENSA 150 MG CAP	5	PA; LA; QL (240 per 30 days); NM
ALUNBRIG 180 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
ALUNBRIG 30 MG TAB	5	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (30 per 180 over time); NM; NEDS
ALUNBRIG 90 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
BALVERSA 3 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM
BALVERSA 4 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
BALVERSA 5 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
BOSULIF 100 MG TAB	5	PA; QL (120 per 30 days); NM
BOSULIF 400 MG TAB, 500 MG TAB	5	PA; QL (30 per 30 days); NM
BRAFTOVI 75 MG CAP	5	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM
CABOMETYX 20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
CALQUENCE 100 MG CAP	5	PA; LA; NM
CAPRELSA 100 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM
CAPRELSA 300 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	5	PA; LA; QL (56 per 28 days); NM
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	5	PA; LA; QL (112 per 28 days); NM
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	5	PA; LA; QL (84 per 28 days); NM
COPIKTRA 15 MG CAP, 25 MG CAP	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
COTELLIC 20 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
CYRAMZA 100 MG/10ML SOLUTION, 500 MG/50ML SOLUTION	5	PA; LA; NM
DAURISMO 100 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
DAURISMO 25 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
ERIVEDGE 150 MG CAP	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
erlotinib hcl 100 mg tab, 150 mg tab	5	PA; QL (30 per 30 days); NM
erlotinib hcl 25 mg tab	5	PA; QL (90 per 30 days); NM
everolimus 2 mg tab sol, 2.5 mg tab, 3 mg tab sol, 5 mg tab, 5 mg tab sol, 7.5 mg tab, 10 mg tab	5	PA; NM
FARYDAK 10 MG CAP	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
FARYDAK 15 MG CAP, 20 MG CAP	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
GAVRETO 100 MG CAP	5	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM
GILOTRIF 20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
IBRANCE 75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG CAP, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB	5	PA; LA; QL (21 per 28 days); NM
ICLUSIG 10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
imatinib mesylate 100 mg tab, 400 mg tab	3	PA; QL (60 per 30 days); NM
IMBRUVICA 140 MG CAP, 140 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM
IMBRUVICA 70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
INLYTA 1 MG TAB	5	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM
INLYTA 5 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM
IRESSA 250 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
JAKAFI 5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	5	PA; QL (21 per 21 days); NM
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	5	PA; QL (42 per 21 days); NM
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	5	PA; QL (63 per 21 days); NM
lapatinib ditosylate 250 mg tab	5	PA; QL (180 per 30 days); NM
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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 (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
LORBRENA 100 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
LORBRENA 25 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM
LYNPARZA 100 MG TAB, 150 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM
MEKINIST 0.5 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM
MEKINIST 2 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
MEKTOVI 15 MG TAB	5	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM
NERLYNX 40 MG TAB	5	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM
NEXAVAR 200 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM
ODOMZO 200 MG CAP	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
PEMAZYRE 4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB	5	PA; LA; QL (14 per 21 days); NM
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	5	PA; QL (28 per 28 days); NM
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	5	PA; QL (56 per 28 days); NM
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	5	PA; QL (56 per 28 days); NM
RUBRACA 200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM
RYDAPT 25 MG CAP	5	PA; QL (240 per 30 days); NM
SCEMBLIX 20 MG TAB	5	PA; QL (60 per 30 days); NM
SCEMBLIX 40 MG TAB	5	PA; QL (300 per 30 days); NM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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); NM
STIVARGA 40 MG TAB	5	PA; LA; QL (84 per 28 days); NM
sunitinib malate 12.5 mg cap, 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap	5	PA; QL (30 per 30 days); NM
SUTENT 12.5 MG CAP, 25 MG CAP, 37.5 MG CAP, 50 MG CAP	5	PA; QL (30 per 30 days); NM
TAFINLAR 50 MG CAP, 75 MG CAP	5	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM
TAGRISSO 40 MG TAB, 80 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
TALZENNA 0.25 MG CAP	5	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM
TALZENNA 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP	5	PA; QL (30 per 30 days)
TALZENNA 1 MG CAP	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
TASIGNA 50 MG CAP, 150 MG CAP, 200 MG CAP	5	PA; QL (112 per 28 days); NM
TEPMETKO 225 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
TIBSOVO 250 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) 100 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (21 per 28 days); NM
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) 100 & 25 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (42 per 28 days); NM
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) 25 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (42 per 28 days); NM
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) 25 MG CAP THPK	5	PA; LA; QL (63 per 28 days); NM
TUKYSA 50 MG TAB, 150 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM
TURALIO 200 MG CAP	5	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM
UKONIQ 200 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM
VENCLEXTA 10 MG TAB	3	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
VENCLEXTA 100 MG TAB	3	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM
VENCLEXTA 50 MG TAB	3	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	3	PA; LA; NM
VERZENIO 50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
VITRAKVI 100 MG CAP	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	5	PA; LA; QL (300 per 30 days); NM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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 25 MG CAP	5	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM
VIZIMPRO 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
VOTRIENT 200 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM
XALKORI 200 MG CAP, 250 MG CAP	5	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM
XOSPATA 40 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM
ZEJULA 100 MG CAP	5	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM
ZELBORAF 240 MG TAB	5	PA; LA; QL (240 per 30 days); NM
ZYDELIG 100 MG TAB, 150 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
ZYKADIA 150 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM
Monoclonal Antibody/Antibody-Drug Conjugate/Fármaco Inmunocombinado/Anticuerpo Monoclonal		
BAVENCIO 200 MG/10ML SOLUTION	5	PA; LA; NM
BLNREP 100 MG RECON SOLN	5	PA; NM
DANYELZA 40 MG/10ML SOLUTION	5	PA; NM
DARZALEX 400 MG/20ML SOLUTION	5	PA; LA; NM
DARZALEX FASPRO 1800-30000 MG-UT/15ML SOLUTION	5	PA; NM
ENHERTU 100 MG RECON SOLN	5	PA; NM
GAZYVA 1000 MG/40ML SOLUTION	5	PA; LA; NM
HERCEPTIN HYLECTA 600-10000 MG-UNT/5ML SOLUTION	5	B/D PA; NM
JEMPERLI 500 MG/10ML SOLUTION	5	PA; NM
KADCYLA 100 MG RECON SOLN, 160 MG RECON SOLN	5	PA; NM
MONJUVI 200 MG RECON SOLN	5	PA; NM
PADCEV 20 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN	5	PA; NM
POLIVY 30 MG RECON SOLN, 140 MG RECON SOLN	5	B/D PA; NM
RIABNI 100 MG/10ML SOLUTION, 500 MG/50ML SOLUTION	5	B/D PA; NM
RITUXAN 100 MG/10ML SOLUTION	5	B/D PA; LA; NM
SARCLISA 100 MG/5ML SOLUTION, 500 MG/25ML SOLUTION	5	PA; NM
TECENTRIQ 1200 MG/20ML SOLUTION	5	PA; LA; QL (20 per 21 days); NM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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 840 MG/14ML SOLUTION	5	PA; LA; QL (28 per 28 days); NM
ZYNLONTA 10 MG RECON SOLN	5	PA; NM
Retinoids/Retinoides		
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	5	PA; QL (300 per 30 days); NM
PANRETIN 0.1 % GEL	5	NM
TARGRETIN 1 % GEL	5	PA; QL (60 per 30 days); NM
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	5	
Treatment Adjuncts/Complementos Al Tratamiento		
<i>leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab</i>	2	GC
<i>leucovorin calcium 5 mg tab</i>	1	GC
MESNEX 400 MG TAB	5	
Antiparasitics/Antiparasitario		
Anthelmintics/Antihelmínticos		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	5	
EMVERM 100 MG CHEW TAB	5	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	2	PA; GC
Antiprotozoals/Antiprotozoarios		
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	5	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl 62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab</i>	2	GC
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB, 100 MG TAB	3	
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	90D; GC
COARTEM 20-120 MG TAB	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	4	QL (6 per 30 days)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	2	B/D PA; NM; GC
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i>	3	
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	5	
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	2	PA; GC
Antiparkinson Agents/Agentes Antiparkinsonianos		
Anticholinergics/Anticolinérgicos		

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	PA; 90D; GC; HRM
<i>trihexyphenidyl hcl 0.4 mg/ml solution</i>	2	PA; 90D; GC; HRM
<i>trihexyphenidyl hcl 2 mg tab, 5 mg tab</i>	1	90D; GC
Antiparkinson Agents, Other/Agentes Antiparkinsonianos, Otro		
<i>amantadine hcl 50 mg/5ml solution, 100 mg cap, 100 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg tab, 18.75-200-75 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	90D; GC
<i>entacapone 200 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>GOCOVRI 68.5 MG CAP ER 24H, 137 MG CAP ER 24H</i>	5	LA; NM
<i>tolcapone 100 mg tab</i>	5	PA; QL (180 per 30 days)
Dopamine Agonists/Agonistas De La Dopamina		
<i>APOKYN 30 MG/3ML SOLN CART</i>	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab, 5 mg cap</i>	2	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)
<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	90D; GC
<i>pramipexole dihydrochloride er 0.375 mg tab er 24h, 2.25 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4.5 mg tab er 24h</i>	2	90D; GC
<i>pramipexole dihydrochloride er 3.75 mg tab er 24h</i>	1	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	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
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	90D; GC
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg tab</i>	1	90D; GC
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	2	90D; GC
<i>carbidopa-levodopa er 25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er</i>	2	90D; GC
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	4	ST
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	90D; GC
<i>selegiline hcl 5 mg cap, 5 mg tab</i>	2	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	90D; GC
CHLORPROMAZINE HCL 30 MG/ML CONC, 100 MG/ML CONC	5	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	2	GC
<i>fluphenazine hcl 1 mg tab, 2.5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>fluphenazine hcl 2.5 mg/5ml elixir, 5 mg tab, 5 mg/ml conc</i>	2	90D; GC
<i>fluphenazine hcl 2.5 mg/ml solution</i>	2	GC
<i>haloperidol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>haloperidol 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>haloperidol decanoate 50 mg/ml solution, 100 mg/ml solution</i>	2	GC
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	2	90D; GC
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	2	GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>loxapine succinate 5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap</i>	2	90D; GC
<i>loxapine succinate 50 mg cap</i>	1	90D; GC
<i>molindone hcl 5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>pimozide 1 mg tab, 2 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>thioridazine hcl 10 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>thioridazine hcl 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>thiothixene 1 mg cap, 10 mg cap</i>	2	90D; GC
<i>thiothixene 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	90D; GC
<i>trifluoperazine hcl 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>trifluoperazine hcl 10 mg tab</i>	2	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)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	2	QL (900 per 30 days); 90D; GC
<i>aripiprazole 10 mg tab disp</i>	5	QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole 15 mg tab disp</i>	5	QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>aripiprazole 20 mg tab, 30 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
<i>asenapine maleate 10 mg sl tab</i>	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
<i>asenapine maleate 2.5 mg sl tab</i>	2	QL (240 per 30 days); 90D; GC
<i>asenapine maleate 5 mg sl tab</i>	2	QL (120 per 30 days); 90D; GC
CAPLYTA 42 MG CAP	5	PA; QL (30 per 30 days)
FANAPT 1 MG TAB	4	QL (720 per 30 days)
FANAPT 10 MG TAB, 12 MG TAB	5	QL (60 per 30 days)
FANAPT 2 MG TAB	4	QL (360 per 30 days)
FANAPT 4 MG TAB	4	QL (180 per 30 days)
FANAPT 6 MG TAB	5	QL (120 per 30 days)
FANAPT 8 MG TAB	5	QL (90 per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	4	

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	5	QL (3.5 per 180 over time); NEDS
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	5	QL (5 per 180 over time); NEDS
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	5	QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	5	QL (1 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	5	QL (1.5 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	4	QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	5	QL (0.5 per 28 days)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	5	QL (0.875 per 84 days); NEDS
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	5	QL (1.315 per 84 days); NEDS
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	5	QL (1.75 per 84 days); NEDS
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	5	QL (2.625 per 84 days); NEDS
NUPLAZID 10 MG TAB, 34 MG CAP	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
<i>olanzapine 10 mg recon soln</i>	2	QL (90 per 30 days); GC
<i>olanzapine 2.5 mg tab, 5 mg tab, 5 mg tab disp, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab, 15 mg tab disp</i>	2	90D; GC
<i>olanzapine 20 mg tab, 20 mg tab disp</i>	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
<i>paliperidone er 1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h</i>	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
<i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i>	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
<i>paliperidone er 9 mg tab er 24h</i>	4	QL (30 per 30 days)
PERSERIS 90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR	5	QL (1 per 28 days)
<i>quetiapine fumarate 100 mg tab</i>	1	QL (240 per 30 days); 90D; GC
<i>quetiapine fumarate 200 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); 90D; GC
<i>quetiapine fumarate 25 mg tab</i>	1	QL (960 per 30 days); 90D; GC
<i>quetiapine fumarate 300 mg tab</i>	1	QL (80 per 30 days); 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
quetiapine fumarate 400 mg tab	1	QL (60 per 30 days); 90D; GC
quetiapine fumarate 50 mg tab	1	QL (480 per 30 days); 90D; GC
quetiapine fumarate er 150 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
quetiapine fumarate er 50 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 400 mg tab er 24h	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
REXULTI 0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB	5	QL (60 per 30 days)
REXULTI 3 MG TAB, 4 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG, 25 MG	4	QL (2 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG, 50 MG	5	QL (2 per 28 days)
risperidone 0.25 mg tab, 0.25 mg tab disp	2	QL (1920 per 30 days); 90D; GC
risperidone 0.5 mg tab, 0.5 mg tab disp	2	QL (960 per 30 days); 90D; GC
risperidone 1 mg tab, 1 mg tab disp, 1 mg/ml solution	2	QL (480 per 30 days); 90D; GC
risperidone 2 mg tab, 2 mg tab disp	2	QL (240 per 30 days); 90D; GC
risperidone 3 mg tab disp	2	QL (150 per 30 days); 90D; GC
risperidone 3 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab disp	2	QL (120 per 30 days); 90D; GC
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	
VRAYLAR 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP	5	QL (30 per 30 days)
ziprasidone hcl 20 mg cap	2	QL (240 per 30 days); 90D; GC
ziprasidone hcl 40 mg cap	2	QL (120 per 30 days); 90D; GC
ziprasidone hcl 60 mg cap, 80 mg cap	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
ziprasidone mesylate 20 mg recon soln	4	QL (6 per 3 days)
ZYPREXA RELPREVV 210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP	4	QL (2 per 28 days)
Treatment-Resistant/Resistente Al Tratamiento		
clozapine 100 mg tab, 100 mg tab disp	2	QL (270 per 30 days); GC
clozapine 12.5 mg tab disp	2	QL (2160 per 30 days); GC
clozapine 150 mg tab disp	2	QL (180 per 30 days); GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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 200 mg tab, 200 mg tab disp	2	QL (120 per 30 days); GC
clozapine 25 mg tab, 25 mg tab disp	2	QL (1080 per 30 days); GC
clozapine 50 mg tab	2	QL (540 per 30 days); GC
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	4	QL (600 per 30 days)
Antispasticity Agents/Agentes Antiespasticidad		
Antispasticity Agents/Agentes Antiespasticidad		
baclofen 20 mg tab	1	QL (120 per 30 days); GC
baclofen 5 mg tab, 10 mg tab	1	QL (90 per 30 days); GC
tizanidine hcl 2 mg cap, 2 mg tab, 4 mg cap, 4 mg tab, 6 mg cap	2	GC
Antivirals/Antivirales		
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents/Agentes Anticitomegalovirus (CMV)		
PREVYMIS 240 MG TAB, 480 MG TAB	5	NM
valganciclovir hcl 450 mg tab	3	NM
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	5	NM
ZIRGAN 0.15 % GEL	3	
Anti-Hepatitis B (HBV) Agents/Agentes Antihepatitis B (HBV)		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	2	PA; NM; 90D; GC
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	5	PA; NM
entecavir 0.5 mg tab, 1 mg tab	2	PA; NM; 90D; GC
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	4	NM
lamivudine 100 mg tab	2	NM; 90D; GC
Anti-Hepatitis C (HCV) Agents/Agentes Antihepatitis C (HCV)		
MAVYRET 100-40 MG TAB	5	PA; QL (90 per 30 days); NM
ribavirin 200 mg cap, 200 mg tab	2	NM; GC
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 400-100 MG TAB	5	PA; QL (30 per 30 days); NM
Antiherpetic Agents/Agentes Antiherpéticos		
acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab	1	GC
acyclovir 200 mg/5ml suspension	2	GC
acyclovir sodium 50 mg/ml solution	2	B/D PA; GC
famciclovir 125 mg tab, 250 mg tab	2	QL (60 per 30 days); GC
famciclovir 500 mg tab	2	QL (21 per 7 days); GC
trifluridine 1 % solution	2	GC
valacyclovir hcl 1 gm tab	2	QL (90 per 30 days); GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>valacyclovir hcl 500 mg tab</i>	2	QL (60 per 30 days); GC
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)/Agentes Anti VIH, Inhibidores De La Integrasa (INSTI)		
BIKTARVY 30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); NM
DOVATO 50-300 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); NM
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); NM
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	4	QL (180 per 30 days); NM
ISENTRESS 100 MG PACKET	3	QL (180 per 30 days); NM
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	3	QL (720 per 30 days); NM
ISENTRESS 400 MG TAB	5	QL (120 per 30 days); NM
ISENTRESS HD 600 MG TAB	5	QL (60 per 30 days); NM
JULUCA 50-25 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); NM
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); NM
TIVICAY 10 MG TAB	4	QL (120 per 30 days); NM
TIVICAY 25 MG TAB, 50 MG TAB	5	QL (60 per 30 days); NM
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	5	QL (360 per 30 days); NM
Anti-HIV Agents, Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)/Agentes Anti VIH, Inhibidores De La Transcriptasa Inversa No Nucleósidos (NNRTI)		
COMPLERA 200-25-300 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); NM
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); NM
EDURANT 25 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); NM
<i>efavirenz 200 mg cap</i>	2	QL (120 per 30 days); NM; 90D; GC
<i>efavirenz 50 mg cap</i>	2	QL (360 per 30 days); NM; 90D; GC
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	4	QL (30 per 30 days); NM
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir 600-200-300 mg tab</i>	5	QL (30 per 30 days); NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir 400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab</i>	5	QL (30 per 30 days); NM
<i>etravirine 100 mg tab</i>	5	QL (120 per 30 days); NM
<i>etravirine 200 mg tab</i>	5	QL (60 per 30 days); NM
INTELENCE 100 MG TAB	5	QL (120 per 30 days); NM
INTELENCE 200 MG TAB	5	QL (60 per 30 days); NM
INTELENCE 25 MG TAB	4	QL (480 per 30 days); NM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
nevirapine 200 mg tab	2	QL (60 per 30 days); NM; 90D; GC
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	2	QL (1200 per 30 days); NM; 90D; GC
nevirapine er 100 mg tab er 24h	2	QL (90 per 30 days); NM; 90D; GC
nevirapine er 400 mg tab er 24h	2	QL (30 per 30 days); NM; 90D; GC
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); NM
PIFELTRO 100 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); NM
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); NM; 90D; GC
abacavir sulfate 300 mg tab	2	QL (60 per 30 days); NM; 90D; GC
abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab	2	QL (30 per 30 days); NM; 90D; GC
abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab	2	QL (60 per 30 days); NM; 90D; GC
CIMDUO 300-300 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); NM
DESCOVY 200-25 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); NM
emtricitabine 200 mg cap	2	QL (30 per 30 days); NM; 90D; 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); NM
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	4	QL (850 per 30 days); NM
lamivudine 10 mg/ml solution	2	QL (960 per 30 days); NM; 90D; GC
lamivudine 150 mg tab	2	QL (60 per 30 days); NM; 90D; GC
lamivudine 300 mg tab	2	QL (30 per 30 days); NM; 90D; GC
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	2	QL (60 per 30 days); NM; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION	4	NM
<i>stavudine 15 mg cap, 20 mg cap</i>	2	QL (120 per 30 days); NM; 90D; GC
<i>stavudine 30 mg cap, 40 mg cap</i>	2	QL (60 per 30 days); NM; 90D; GC
TEMIXYS 300-300 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); NM; 90D; GC
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); NM
TRUVADA 100-150 MG TAB, 133-200 MG TAB, 167-250 MG TAB, 200-300 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); NM
VIREAD 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); NM
VIREAD 40 MG/GM POWDER	3	QL (240 per 30 days); NM
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	2	QL (180 per 30 days); NM; 90D; GC
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	2	QL (60 per 30 days); NM; 90D; GC
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	2	QL (1920 per 30 days); NM; 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); NM
<i>maraviroc 150 mg tab, 300 mg tab</i>	2	QL (120 per 30 days); 90D; GC
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); NM
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	3	QL (1840 per 30 days); NM
SELZENTRY 25 MG TAB	4	QL (120 per 30 days); NM
SELZENTRY 75 MG TAB	4	QL (60 per 30 days); NM
TYBOST 150 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NM
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); NM
APTIVUS 250 MG CAP	5	QL (120 per 30 days); NM
<i>atazanavir sulfate 150 mg cap, 200 mg cap</i>	2	QL (60 per 30 days); NM; 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	2	QL (30 per 30 days); NM; 90D; GC
CRIXIVAN 200 MG CAP	4	QL (360 per 30 days); NM
CRIXIVAN 400 MG CAP	4	QL (180 per 30 days); NM
EVOTAZ 300-150 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); NM
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	5	QL (120 per 30 days); NM
INVIRASE 500 MG TAB	5	QL (120 per 30 days); NM
KALETRA 100-25 MG TAB	4	QL (300 per 30 days); NM
KALETRA 200-50 MG TAB	5	QL (120 per 30 days); NM
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	4	QL (1800 per 30 days); NM
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	4	QL (300 per 30 days); NM
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	5	QL (120 per 30 days); NM
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution</i>	2	QL (480 per 30 days); NM; 90D; GC
NORVIR 100 MG PACKET	4	QL (360 per 30 days); NM
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	4	QL (480 per 30 days); NM
PREZCOBIX 800-150 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); NM
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	5	QL (400 per 30 days); NM
PREZISTA 150 MG TAB	4	QL (180 per 30 days); NM
PREZISTA 600 MG TAB, 800 MG TAB	5	QL (60 per 30 days); NM
PREZISTA 75 MG TAB	4	QL (300 per 30 days); NM
REYATAZ 50 MG PACKET	4	QL (240 per 30 days); NM
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	2	QL (360 per 30 days); NM; 90D; GC
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	5	QL (30 per 30 days); NM
VIRACEPT 250 MG TAB	5	QL (300 per 30 days); NM
VIRACEPT 625 MG TAB	5	QL (120 per 30 days); NM
Anti-Influenza Agents/Agentes Antiinfluenza		
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp, 30 mg cap, 45 mg cap, 75 mg cap</i>	2	GC
RELENZA DISKHALER 5 MG/BLISTER AER POW BA	4	QL (60 per 180 over time); NEDS
<i>rimantadine hcl 100 mg tab</i>	2	GC
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 X 40 MG TAB THPK, 2 X 20 MG TAB THPK	3	

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK, 2 X 40 MG TAB THPK	3	
Anxiolytics/Ansiolíticos		
Anxiolytics, Other/Ansiolíticos, Otro		
<i>bupirone hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab</i>	1	GC
<i>hydroxyzine pamoate 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	GC
<i>meprobamate 200 mg tab, 400 mg tab</i>	2	PA; GC; HRM
Benzodiazepines/Benzodiazepinas		
<i>alprazolam 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp</i>	2	GC
<i>alprazolam 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
<i>alprazolam 2 mg tab disp</i>	2	QL (120 per 30 days); GC
<i>alprazolam er 0.5 mg tab er 24h, 1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h</i>	2	QL (120 per 30 days); GC
ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML CONC	3	QL (300 per 30 days)
<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); GC
<i>chlordiazepoxide hcl 5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap</i>	2	QL (120 per 30 days); GC
<i>clonazepam 0.125 mg tab disp</i>	2	QL (4800 per 30 days); GC
<i>clonazepam 0.25 mg tab disp</i>	2	QL (2400 per 30 days); GC
<i>clonazepam 0.5 mg tab</i>	1	QL (1200 per 30 days); GC
<i>clonazepam 0.5 mg tab disp</i>	2	QL (1200 per 30 days); GC
<i>clonazepam 1 mg tab</i>	1	QL (600 per 30 days); GC
<i>clonazepam 1 mg tab disp</i>	2	QL (600 per 30 days); GC
<i>clonazepam 2 mg tab</i>	1	QL (300 per 30 days); GC
<i>clonazepam 2 mg tab disp</i>	2	QL (300 per 30 days); GC
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab, 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	2	GC
<i>diazepam 10 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
<i>diazepam 2 mg tab</i>	1	QL (600 per 30 days); GC
<i>diazepam 5 mg tab</i>	1	QL (240 per 30 days); GC
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	2	QL (1200 per 30 days); GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
diazepam 5 mg/ml conc	2	QL (240 per 30 days); GC
diazepam intensol 5 mg/ml conc	2	QL (240 per 30 days); GC
lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab	1	QL (90 per 30 days); GC
lorazepam 1 mg/0.5ml conc, 2 mg/ml conc	2	QL (150 per 30 days); GC
lorazepam 2 mg tab	1	QL (150 per 30 days); GC
lorazepam intensol 2 mg/ml conc	2	QL (150 per 30 days); GC
oxazepam 10 mg cap, 15 mg cap, 30 mg cap	2	QL (120 per 30 days); GC
Bipolar Agents/Agentes Para El Trastorno Bipolar		
Mood Stabilizers/Estabilizadores Del Estado De Ánimo		
LATUDA 20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB, 120 MG TAB	5	QL (30 per 30 days)
LATUDA 80 MG TAB	5	QL (60 per 30 days)
LITHIUM 8 MEQ/5ML SOLUTION	3	
lithium carbonate 150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap	1	90D; GC
lithium carbonate er 300 mg tab er, 450 mg tab er	1	90D; GC
Blood Glucose Regulators/Reguladores De La Glucosa En Sangre		
Antidiabetic Agents/Agentes Antidiabéticos		
acarbose 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab	2	QL (90 per 30 days); 90D; GC
BYDUREON 2 MG PEN	3	QL (4 per 28 days)
BYDUREON BCISE 2 MG/0.85ML A-INJ	3	QL (4 per 28 days)
CYCLOSET 0.8 MG TAB	4	QL (180 per 30 days)
FARXIGA 5 MG TAB, 10 MG TAB	3	QL (30 per 30 days)
glimepiride 1 mg tab	1	QL (240 per 30 days); 90D; GC
glimepiride 2 mg tab	1	QL (120 per 30 days); 90D; GC
glimepiride 4 mg tab	1	QL (60 per 30 days); 90D; GC
glipizide 10 mg tab	1	QL (120 per 30 days); 90D; GC
glipizide 5 mg tab	1	QL (240 per 30 days); 90D; GC
glipizide er 10 mg tab er 24h	1	QL (60 per 30 days); 90D; GC
glipizide er 2.5 mg tab er 24h	1	QL (240 per 30 days); 90D; GC
glipizide er 5 mg tab er 24h	1	QL (120 per 30 days); 90D; GC
glipizide xl 10 mg tab er 24h	1	QL (60 per 30 days); 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>glipizide xl 2.5 mg tab er 24h</i>	1	QL (240 per 30 days); 90D; GC
<i>glipizide xl 5 mg tab er 24h</i>	1	QL (120 per 30 days); 90D; GC
<i>glipizide-metformin hcl 2.5-250 mg tab</i>	1	QL (240 per 30 days); 90D; GC
<i>glipizide-metformin hcl 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); 90D; GC
<i>glyburide 1.25 mg tab</i>	1	QL (480 per 30 days); 90D; GC
<i>glyburide 2.5 mg tab</i>	1	QL (240 per 30 days); 90D; GC
<i>glyburide 5 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); 90D; GC
<i>glyburide micronized 1.5 mg tab</i>	2	QL (240 per 30 days); 90D; GC
<i>glyburide micronized 3 mg tab</i>	2	QL (120 per 30 days); 90D; GC
<i>glyburide micronized 6 mg tab</i>	1	QL (60 per 30 days); 90D; GC
<i>glyburide-metformin 1.25-250 mg tab</i>	1	QL (240 per 30 days); 90D; GC
<i>glyburide-metformin 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab</i>	2	QL (120 per 30 days); 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)
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)
INVOKANA 100 MG TAB	4	QL (90 per 30 days)
INVOKANA 300 MG TAB	4	QL (30 per 30 days)
JANUMET 50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB	3	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR 100-1000 MG TAB ER 24H	3	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H	3	QL (60 per 30 days)
JANUVIA 100 MG TAB	3	QL (30 per 30 days)
JANUVIA 25 MG TAB	3	QL (120 per 30 days)
JANUVIA 50 MG TAB	3	QL (60 per 30 days)
JARDIANCE 10 MG TAB, 25 MG TAB	3	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO 2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	3	QL (30 per 30 days)
<i>metformin hcl 1000 mg tab</i>	1	QL (60 per 30 days); 90D; GC
<i>metformin hcl 500 mg tab</i>	1	QL (150 per 30 days); 90D; GC
<i>metformin hcl 850 mg tab</i>	1	QL (90 per 30 days); 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
metformin hcl er (mod) 1000 mg tab er 24h	5	QL (60 per 30 days)
metformin hcl er (mod) 500 mg tab er 24h	5	QL (120 per 30 days)
metformin hcl er (osm) 1000 mg tab er 24h	1	QL (60 per 30 days); 90D; GC
metformin hcl er (osm) 500 mg tab er 24h	1	QL (120 per 30 days); 90D; GC
metformin hcl er 500 mg tab er 24h	1	QL (120 per 30 days); 90D; GC
metformin hcl er 750 mg tab er 24h	1	QL (60 per 30 days); 90D; GC
miglitol 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab	2	QL (90 per 30 days); 90D; GC
nateglinide 120 mg tab	2	QL (90 per 30 days); 90D; GC
nateglinide 60 mg tab	2	QL (180 per 30 days); 90D; GC
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN	3	
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN, 4 MG/3ML SOLN PEN	3	
pioglitazone hcl 15 mg tab	2	QL (90 per 30 days); 90D; GC
pioglitazone hcl 30 mg tab	2	QL (45 per 30 days); 90D; GC
pioglitazone hcl 45 mg tab	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
pioglitazone hcl-glimepiride 30-2 mg tab, 30-4 mg tab	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
pioglitazone hcl-metformin hcl 15-500 mg tab, 15-850 mg tab	2	QL (90 per 30 days); 90D; GC
repaglinide 0.5 mg tab	2	QL (960 per 30 days); 90D; GC
repaglinide 1 mg tab	2	QL (480 per 30 days); 90D; GC
repaglinide 2 mg tab	2	QL (240 per 30 days); 90D; GC
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	
SYMLINPEN 120 2700 MCG/2.7ML SOLN PEN	5	PA; QL (11 per 30 days)
SYMLINPEN 60 1500 MCG/1.5ML SOLN PEN	5	PA; QL (6 per 30 days)
SYNJARDY 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB	3	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	3	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR 5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H	3	QL (60 per 30 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
TRADJENTA 5 MG TAB	3	QL (30 per 30 days)
TRULICITY 0.75 MG/0.5ML SOLN PEN, 1.5 MG/0.5ML SOLN PEN, 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)
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	
Glycemic Agents/Agentes Para La Glucemia		
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	2	90D; GC
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	3	
GLUCAGON EMERGENCY 1 MG KIT	3	
<i>glucagon emergency 1 mg kit</i>	2	GC
Insulins/Insulinas		
FIASP 100 UNIT/ML SOLUTION	3	
FIASP FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	3	
FIASP PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	3	PA
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	3	PA
INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	3	
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION	3	
INSULIN ASPART FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	3	
INSULIN ASPART PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	3	
INSULIN ASPART PROT & ASPART (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	3	
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	3	
LEVEMIR 100 UNIT/ML SOLUTION	3	

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
LEVEMIR FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	3	
NOVOLIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	OTC
NOVOLIN 70/30 RELION (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	OTC
NOVOLIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	OTC
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	3	OTC
NOVOLIN N FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SUSP PEN	3	OTC
NOVOLIN N RELION 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	OTC
NOVOLIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	3	OTC
NOVOLIN R RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	3	OTC
NOVOLOG 100 UNIT/ML SOLUTION	3	
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	3	
NOVOLOG FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	3	
NOVOLOG MIX 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	3	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	3	
NOVOLOG RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	3	
SEMGLEE 100 UNIT/ML SOLN PEN, 100 UNIT/ML SOLUTION	4	
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	3	
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	3	

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	3	QL (30 per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	3	QL (30 per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	3	QL (18 per 30 days)
Blood Products And Modifiers/Productos Sanguíneos Y Modificadores		
Anticoagulants/Anticoagulantes		
ELIQUIS 2.5 MG TAB, 5 MG TAB	3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	3	QL (74 per 180 over time); NEDS
<i>enoxaparin sodium 100 mg/ml solution, 150 mg/ml solution</i>	2	QL (56 per 28 days); GC
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml solution</i>	2	QL (16.8 per 28 days); GC
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml solution</i>	2	QL (22.4 per 28 days); GC
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml solution</i>	2	QL (33.6 per 28 days); GC
<i>enoxaparin sodium 80 mg/0.8ml solution, 120 mg/0.8ml solution</i>	2	QL (44.8 per 28 days); GC
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	5	QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	2	QL (15 per 30 days); GC
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>	5	QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	5	QL (18 per 30 days)
FRAGMIN 2500 UNIT/0.2ML SOLUTION, 5000 UNIT/0.2ML SOLUTION	4	
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	
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution</i>	2	B/D PA; GC
<i>heparin sodium (porcine) 5000 unit/ml solution</i>	1	B/D PA; 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	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
PRADAXA 75 MG CAP, 110 MG CAP, 150 MG CAP	4	QL (60 per 30 days)
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	1	90D; GC
XARELTO 10 MG TAB, 20 MG TAB	3	QL (30 per 30 days)
XARELTO 2.5 MG TAB, 15 MG TAB	3	QL (60 per 30 days)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	3	
Blood Products And Modifiers, Other/Productos Sanguíneos Y Modificadores, Otro		
anagrelide hcl 0.5 mg cap, 1 mg cap	2	90D; GC
LEUKINE 250 MCG RECON SOLN	5	PA; NM
NEULASTA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (1.2 per 28 days); NM
NEUPOGEN 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION	5	PA; NM
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; NM
PROMACTA 12.5 MG PACKET	5	PA; LA; QL (360 per 30 days); NM
PROMACTA 12.5 MG TAB, 25 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
PROMACTA 25 MG PACKET	5	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM
PROMACTA 50 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM
PROMACTA 75 MG TAB	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
RETACRIT 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; QL (12 per 28 days); NM
UDENYCA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	4	PA; QL (1.2 per 28 days); NM
ZARXIO 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR	5	PA; NM
Hemostasis Agents/Agentes Hemostáticos		
tranexamic acid 650 mg tab	2	GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
Platelet Modifying Agents/Agentes Modificadores De Plaquetas		
aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
BRILINTA 60 MG TAB, 90 MG TAB	3	QL (60 per 30 days)
cilostazol 50 mg tab, 100 mg tab	2	90D; GC
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
dipyridamole 25 mg tab, 50 mg tab	1	PA; 90D; GC; HRM
dipyridamole 75 mg tab	2	PA; 90D; GC; HRM
prasugrel hcl 5 mg tab, 10 mg tab	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
Cardiovascular Agents/Agentes Cardiovasculares		
Alpha-Adrenergic Agonists/Agonistas Alfa Adrenérgicos		
clonidine 0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk	2	QL (4 per 28 days); 90D; GC
clonidine hcl 0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab	1	90D; GC
droxidopa 100 mg cap	5	PA; QL (90 per 30 days); NM
droxidopa 200 mg cap, 300 mg cap	5	PA; QL (180 per 30 days); NM
methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab	1	PA; 90D; GC; HRM
midodrine hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab	2	GC
NORTHERA 100 MG CAP	5	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM
NORTHERA 200 MG CAP, 300 MG CAP	5	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM
Alpha-Adrenergic Blocking Agents/Agentes Bloqueadores Alfa Adrenérgicos		
doxazosin mesylate 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab	1	90D; GC
prazosin hcl 1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	1	90D; GC
terazosin hcl 1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap	1	90D; GC
Angiotensin II Receptor Antagonists/Antagonistas De Los Receptores De Angiotensina II		
candesartan cilexetil 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab	2	90D; GC
irbesartan 75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab	1	90D; GC
losartan potassium 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab	1	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>olmesartan medoxomil 5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>telmisartan 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>valsartan 40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab</i>	2	90D; GC
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors/Inhibidores De La Enzima Convertidora De La Angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hcl 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>captopril 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>enalapril maleate 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>lisinopril 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>moexipril hcl 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>perindopril erbumine 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>quinapril hcl 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>ramipril 1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap</i>	1	90D; GC
<i>trandolapril 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab</i>	1	90D; GC
Antiarrhythmics/Antiarritmicos		
<i>amiodarone hcl 100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>disopyramide phosphate 100 mg cap, 150 mg cap</i>	2	PA; 90D; GC; HRM
<i>dofetilide 125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap</i>	2	NM; 90D; GC
<i>flecainide acetate 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab</i>	2	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
mexiletine hcl 150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap	2	90D; GC
MULTAQ 400 MG TAB	3	QL (60 per 30 days)
pacerone 100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab	2	90D; GC
propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab	2	90D; GC
propafenone hcl er 225 mg cap er 12h, 325 mg cap er 12h, 425 mg cap er 12h	2	90D; GC
quinidine gluconate er 324 mg tab er	2	90D; GC
quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab	1	90D; GC
sorine 80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab	2	90D; GC
sotalol hcl (af) 80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab	2	90D; GC
sotalol hcl 80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab	2	90D; GC
Beta-Adrenergic Blocking Agents/Agentes Bloqueantes Beta Adrenérgicos		
acebutolol hcl 200 mg cap, 400 mg cap	1	90D; GC
atenolol 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab	1	90D; GC
betaxolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab	1	90D; GC
bisoprolol fumarate 5 mg tab, 10 mg tab	1	90D; GC
BYSTOLIC 2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB	4	
carvedilol 3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab	1	90D; GC
carvedilol phosphate er 10 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 40 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h	2	90D; GC
labetalol hcl 100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab	1	90D; GC
metoprolol succinate er 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h, 100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h	1	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
metoprolol tartrate 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab	1	90D; GC
nadolol 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	2	90D; GC
nebivolol hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab	2	90D; GC
pindolol 5 mg tab, 10 mg tab	1	90D; GC
propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab	1	90D; GC
propranolol hcl 20 mg/5ml solution, 40 mg/5ml solution	2	90D; GC
propranolol hcl er 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h, 120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h	2	90D; GC
timolol maleate 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab	1	90D; GC
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines/Agentes Bloqueadores De Los Canales De Calcio, Dihidropiridinas		
afeditab cr 60 mg tab er 24h	1	90D; GC
amlodipine besylate 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab	1	90D; GC
felodipine er 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h, 10 mg tab er 24h	1	90D; GC
isradipine 2.5 mg cap	2	90D; GC
isradipine 5 mg cap	1	90D; GC
nicardipine hcl 20 mg cap, 30 mg cap	2	90D; GC
nifedipine 10 mg cap	2	PA; 90D; GC; HRM
nifedipine 20 mg cap	1	PA; 90D; GC; HRM
nifedipine er 30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h	1	90D; GC
nifedipine er osmotic release 30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h	1	90D; GC
nimodipine 30 mg cap	2	GC
nisoldipine er 8.5 mg tab er 24h, 17 mg tab er 24h, 20 mg tab er 24h, 25.5 mg tab er 24h, 30 mg tab er 24h, 34 mg tab er 24h, 40 mg tab er 24h	2	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines/Agentes Bloqueadores De Los Canales De Calcio, Excepto Dihidropiridinas		
cartia xt 120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h	1	90D; GC
diltiazem hcl 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab	1	90D; GC
diltiazem hcl er 120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h	1	90D; GC
diltiazem hcl er 60 mg cap er 12h, 90 mg cap er 12h, 120 mg cap er 12h	2	90D; GC
diltiazem hcl er beads 120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h	3	
diltiazem hcl er beads 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h	2	90D; GC
diltiazem hcl er coated beads 120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h	1	90D; GC
diltiazem hcl er coated beads 180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg cap er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h	2	90D; GC
dilt-xr 120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h	1	90D; GC
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	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	
taztia xt 360 mg cap er 24h	2	90D; GC
tiadylt er 120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h	3	

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
tiadylt er 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h	2	90D; GC
verapamil hcl 40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab	1	90D; GC
verapamil hcl er 100 mg cap er 24h, 120 mg cap er 24h, 120 mg tab er, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er, 200 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h	2	90D; GC
Cardiovascular Agents, Other/Agentes Cardiovasculares, Otro		
acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab	2	90D; GC
aliskiren fumarate 150 mg tab, 300 mg tab	2	90D; GC
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab	1	90D; GC
amlodipine besy-benazepril hcl 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap	1	90D; GC
amlodipine besy-benazepril hcl 5-20 mg cap, 5-40 mg cap, 10-20 mg cap, 10-40 mg cap	2	90D; GC
amlodipine besylate-valsartan 5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab	2	90D; GC
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	90D; GC
amlodipine-olmesartan 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab	2	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	90D; GC
atenolol-chlorthalidone 50-25 mg tab, 100-25 mg tab	1	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
BENAZEPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE 5-6.25 MG TAB, 10-12.5 MG TAB, 20-12.5 MG TAB, 20-25 MG TAB	2	90D; GC
BIDIL 20-37.5 MG TAB	4	QL (180 per 30 days)
bisoprolol-hydrochlorothiazide 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab	1	90D; GC
candesartan cilexetil-hctz 16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab	2	90D; GC
CORLANOR 5 MG TAB, 7.5 MG TAB	4	PA; QL (60 per 30 days)
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	4	PA; QL (560 per 28 days)
digitek 125 mcg tab	1	90D; GC
digitek 250 mcg tab	1	PA; 90D; GC; HRM
digox 125 mcg tab	1	90D; GC
digox 250 mcg tab	1	PA; 90D; GC; HRM
digoxin 0.05 mg/ml solution	2	90D; GC
digoxin 125 mcg tab	1	90D; GC
digoxin 250 mcg tab	1	PA; 90D; GC; HRM
enalapril-hydrochlorothiazide 5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab	1	90D; GC
ENTRESTO 24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB	3	
fosinopril sodium-hctz 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab	1	90D; GC
irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab	1	90D; GC
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab	1	90D; GC
losartan potassium-hctz 50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab	1	90D; GC
metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab	1	90D; GC
metyrosine 250 mg cap	5	
olmesartan medoxomil-hctz 20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab	2	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
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	2	90D; GC
pentoxifylline er 400 mg tab er	1	90D; GC
quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab	1	90D; GC
ranolazine er 500 mg tab er 12h, 1000 mg tab er 12h	2	PA; 90D; GC
spironolactone-hctz 25-25 mg tab	1	90D; GC
TEKURNA HCT 150-12.5 MG TAB, 150-25 MG TAB, 300-12.5 MG TAB, 300-25 MG TAB	3	
telmisartan-amlodipine 40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab	2	90D; GC
telmisartan-hctz 40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab	2	90D; GC
trandolapril-verapamil hcl er 1-240 mg tab er, 2-180 mg tab er, 2-240 mg tab er, 4-240 mg tab er	2	90D; GC
triamterene-hctz 37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab	1	90D; GC
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	2	90D; GC
Diuretics, Loop/Diuréticos, Del Asa		
bumetanide 0.25 mg/ml solution	2	GC
bumetanide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	2	90D; GC
furosemide 10 mg/ml solution	1	GC
furosemide 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	90D; GC
SOAANZ 20 MG TAB	1	90D; GC
torseamide 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab	1	90D; GC
Diuretics, Potassium-Sparing/Diuréticos, Ahorradores De Potasio		
amiloride hcl 5 mg tab	1	90D; GC
eplerenone 25 mg tab, 50 mg tab	2	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>spironolactone 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	90D; GC
Diuretics, Thiazide/Diuréticos, Tiazida		
<i>chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	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	90D; GC
<i>fenofibrate micronized 43 mg cap, 67 mg cap, 130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap</i>	2	90D; GC
<i>fenofibric acid 45 mg cap dr, 135 mg cap dr</i>	2	90D; GC
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	2	90D; GC
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	90D; GC
<i>fluvastatin sodium 20 mg cap, 40 mg cap</i>	2	90D; GC
<i>fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h</i>	2	90D; GC
LIVALO 1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB	3	
<i>lovastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>simvastatin 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	90D; GC
Dyslipidemics, Other/Dislipidemia, Otro		

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
cholestyramine 4 gm packet, 4 gm/dose powder	2	90D; GC
cholestyramine light 4 gm packet, 4 gm/dose powder	2	90D; GC
colesevelam hcl 3.75 gm packet, 625 mg tab	2	90D; GC
colestipol hcl 1 gm tab, 5 gm granules, 5 gm packet	2	90D; GC
ezetimibe 10 mg tab	2	90D; GC
ezetimibe-simvastatin 10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
JUXTAPID 5 MG CAP, 10 MG CAP, 20 MG CAP	5	PA; LA; NM
niacin (antihyperlipidemic) 500 mg tab	2	GC
niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er, 750 mg tab er, 1000 mg tab er	2	90D; GC
niacor 500 mg tab	2	GC
omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap	2	90D; GC
PRALUENT 75 MG/ML SOLN A-INJ, 150 MG/ML SOLN A-INJ	4	PA; QL (2 per 28 days); NM
prevalite 4 gm packet, 4 gm/dose powder	2	90D; GC
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	3	PA; QL (3 per 28 days); NM
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	3	PA; QL (3.5 per 28 days); NM
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	3	PA; QL (3 per 28 days); NM
VASCEPA 0.5 GM CAP, 1 GM CAP	4	
Vasodilators, Direct-Acting Arterial/Vasodilatadores, Arteriales De Acción Directa		
hydralazine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab	1	90D; GC
minoxidil 2.5 mg tab, 10 mg tab	1	90D; GC
Vasodilators, Direct-Acting Arterial/Venous/Vasodilatadores, Arteriales/Venosos De Acción Directa		
isosorbide dinitrate 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab	1	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab	1	90D; GC
isosorbide mononitrate er 30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 120 mg tab er 24h	1	90D; GC
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	1	90D; GC
nitroglycerin 0.4 mg/spray solution	2	90D; GC
RECTIV 0.4 % OINTMENT	4	QL (30 per 30 days)
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		
amphetamine-dextroamphet er 5 mg cap er 24h, 10 mg cap er 24h, 15 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 25 mg cap er 24h, 30 mg cap er 24h	2	PA; QL (30 per 30 days); 90D; GC
amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab	2	PA; QL (60 per 30 days); 90D; GC
amphetamine-dextroamphetamine 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 12.5 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab	2	PA; QL (90 per 30 days); 90D; GC
dextroamphetamine sulfate 10 mg tab	2	QL (180 per 30 days); 90D; GC
dextroamphetamine sulfate 5 mg tab	2	QL (90 per 30 days); 90D; GC
dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap er 24h	2	QL (120 per 30 days); 90D; GC
dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap er 24h, 10 mg cap er 24h	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
zenzedi 10 mg tab	2	QL (180 per 30 days); 90D; GC
zenzedi 5 mg tab	2	QL (90 per 30 days); 90D; GC
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-Amphetamines/Agentes Del Trastorno Por Déficit De Atención E Hiperactividad, Excepto Anfetaminas		
atomoxetine hcl 10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
atomoxetine hcl 60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
clonidine hcl er 0.1 mg tab er 12h	2	QL (120 per 30 days); 90D; GC
dexmethylphenidate hcl er 10 mg cap er 24h, 25 mg cap er 24h, 35 mg cap er 24h	1	QL (30 per 30 days); 90D; GC
dexmethylphenidate hcl er 20 mg cap er 24h	1	QL (60 per 30 days); 90D; GC
dexmethylphenidate hcl er 5 mg cap er 24h, 15 mg cap er 24h, 30 mg cap er 24h, 40 mg cap er 24h	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
guanfacine hcl er 1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h	2	PA; QL (30 per 30 days); 90D; GC
methylphenidate hcl 10 mg chew tab	1	PA; QL (180 per 30 days); 90D; GC
methylphenidate hcl 10 mg tab, 20 mg tab	2	PA; QL (90 per 30 days); 90D; GC
methylphenidate hcl 10 mg/5ml solution	2	PA; QL (900 per 30 days); 90D; GC
methylphenidate hcl 2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab, 5 mg tab	1	PA; QL (90 per 30 days); 90D; GC
methylphenidate hcl 5 mg/5ml solution	2	PA; QL (1800 per 30 days); 90D; GC
methylphenidate hcl er (cd) 10 mg cap er, 20 mg cap er, 40 mg cap er, 50 mg cap er, 60 mg cap er	2	PA; QL (30 per 30 days); 90D; GC
methylphenidate hcl er 18 mg tab er, 27 mg tab er, 54 mg tab er	2	PA; QL (30 per 30 days); 90D; GC
methylphenidate hcl er 20 mg tab er	2	PA; QL (90 per 30 days); 90D; GC
methylphenidate hcl er 36 mg tab er	2	PA; QL (60 per 30 days); 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); NM
butalbital-acetaminophen 50-325 mg tab	2	PA; QL (180 per 30 days); GC; HRM
butalbital-apap-caffeine 50-300-40 mg cap, 50-325-40 mg cap, 50-325-40 mg tab	2	PA; QL (180 per 30 days); GC; HRM
esgic 50-325-40 mg cap	2	PA; QL (180 per 30 days); GC; HRM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
GRALISE 300 MG TAB	4	QL (30 per 30 days)
GRALISE 600 MG TAB	4	QL (90 per 30 days)
INGREZZA 40 & 80 MG CAP THPK	5	PA; QL (56 per 365 over time); NM; NEDS
INGREZZA 40 MG CAP	5	PA; QL (60 per 30 days); NM
INGREZZA 60 MG CAP, 80 MG CAP	5	PA; QL (30 per 30 days); NM
NUEDEXTA 20-10 MG CAP	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>riluzole 50 mg tab</i>	2	NM; 90D; GC
<i>tencon 50-325 mg tab</i>	2	PA; QL (180 per 30 days); GC; HRM
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	5	PA; QL (240 per 30 days); NM
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	5	PA; QL (120 per 30 days); NM
TIGLUTIK 50 MG/10ML SUSPENSION	5	NM
<i>zebutal 50-325-40 mg cap</i>	2	PA; QL (180 per 30 days); GC; HRM
Fibromyalgia Agents/Agentes Para La Fibromialgia		
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR, 60 MG CAP DR	4	QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR, 40 MG CAP DR	4	QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine hcl 20 mg cp dr part</i>	2	QL (180 per 30 days); 90D; GC
<i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>	2	QL (120 per 30 days); 90D; GC
<i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>	2	QL (90 per 30 days); 90D; GC
<i>duloxetine hcl 60 mg cp dr part</i>	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	1	QL (900 per 30 days); 90D; GC
<i>pregabalin 200 mg cap</i>	1	QL (90 per 30 days); 90D; GC
<i>pregabalin 225 mg cap, 300 mg cap</i>	1	QL (60 per 30 days); 90D; GC
<i>pregabalin 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap</i>	1	90D; GC
SAVELLA 12.5 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB	4	QL (60 per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK 12.5 & 25 & 50 MG MISC	4	
Multiple Sclerosis Agents/Agentes Para Esclerosis Múltiple		
AUBAGIO 7 MG TAB, 14 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
AVONEX PEN 30 MCG/0.5ML AUT-IJ KIT	5	PA; QL (4 per 28 days); NM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
AVONEX PREFILLED 30 MCG/0.5ML PREF SY KT	5	PA; QL (4 per 28 days); NM
BETASERON 0.3 MG KIT	5	PA; QL (15 per 30 days); NM
COPAXONE 20 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (30 per 30 days); NM
COPAXONE 40 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (12 per 28 days); NM
<i>dalfampridine er 10 mg tab er 12h</i>	5	PA; QL (60 per 30 days); NM
GILENYA 0.5 MG CAP	5	PA; QL (30 per 30 days); NM
PLEGRIDY 125 MCG/0.5ML SOLN PEN, 125 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (1 per 28 days); NM
PLEGRIDY STARTER PACK 63 & 94 MCG/0.5ML SOLN PEN	5	PA; QL (1 per 180 over time); NM; NEDS
TECFIDERA 120 & 240 MG MISC	5	PA; LA; NM
TECFIDERA 120 MG CAP DR	5	PA; LA; QL (14 per 7 days); NM
TECFIDERA 240 MG CAP DR	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
Dental And Oral Agents/Agentes Dentales Y Orales		
Dental And Oral Agents/Agentes Dentales Y Orales		
<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	2	90D; GC
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	1	GC
<i>oralone 0.1 % paste</i>	2	GC
<i>paroex 0.12 % solution</i>	1	GC
<i>periogard 0.12 % solution</i>	1	GC
<i>pilocarpine hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	2	90D; GC
PREVIDENT 0.2 % SOLUTION	3	
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS 1.1 % PASTE	3	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH 1.1 % GEL	3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT 1.1-5 % GEL	3	
PREVIDENT 5000 PLUS 1.1 % CREAM	3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE 1.1-5 % GEL	3	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	2	GC
Dermatological Agents/Agentes Dermatológicos		
Acne And Rosacea Agents/Agentes Para El Acné Y La Rosácea		
ABSORICA 25 MG CAP, 35 MG CAP	4	
<i>accutane 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	2	GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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 10 mg cap, 25 mg cap	2	GC
acitretin 17.5 mg cap	4	
amnestem 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap	2	GC
avita 0.025 % cream, 0.025 % gel	2	PA; QL (45 per 30 days); GC
azelaic acid 15 % gel	2	GC
benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel	2	GC
claravis 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap	2	GC
isotretinoin 10 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 30 mg cap, 35 mg cap, 40 mg cap	2	GC
myorisan 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap	2	GC
tazarotene 0.1 % cream	2	PA; GC
TAZORAC 0.05 % CREAM, 0.05 % GEL, 0.1 % GEL	4	PA
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); GC
zenatane 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap	2	GC
Dermatitis And Pruritus Agents/Agentes Para Dermatitis Y Prurito		
ala-cort 1 % cream, 2.5 % cream	1	GC
alclometasone dipropionate 0.05 % ointment	2	GC
amcinonide 0.1 % cream, 0.1 % lotion	2	GC
AMCINONIDE 0.1 % OINTMENT	3	
ammonium lactate 12 % cream, 12 % lotion	1	GC
betamethasone dipropionate 0.05 % cream	2	GC
betamethasone valerate 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment	1	GC
clobetasol propionate 0.05 % cream, 0.05 % ointment	2	QL (120 per 30 days); GC
clobetasol propionate 0.05 % gel	2	QL (60 per 30 days); GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>clobetasol propionate 0.05 % lotion, 0.05 % shampoo</i>	2	GC
<i>clobetasol propionate 0.05 % solution</i>	2	QL (50 per 30 days); GC
<i>clodan 0.05 % shampoo</i>	2	GC
<i>desonide 0.05 % cream, 0.05 % ointment</i>	2	GC
<i>desoximetasone 0.05 % cream, 0.25 % cream</i>	2	QL (100 per 30 days); GC
<i>desoximetasone 0.05 % gel, 0.25 % liquid, 0.25 % ointment</i>	2	GC
EUCRISA 2 % OINTMENT	4	
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % cream, 0.01 % solution, 0.025 % cream, 0.025 % ointment</i>	2	QL (120 per 30 days); GC
<i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>	2	QL (120 per 30 days); GC
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	2	QL (120 per 30 days); GC
<i>fluocinonide 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution</i>	2	QL (240 per 30 days); GC
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	2	QL (240 per 30 days); GC
<i>fluticasone propionate 0.005 % ointment, 0.05 % cream</i>	2	GC
<i>halobetasol propionate 0.05 % cream, 0.05 % ointment</i>	2	GC
<i>hydrocortisone (perianal) 1 % cream</i>	2	GC
<i>hydrocortisone (perianal) 2.5 % cream</i>	1	GC
<i>hydrocortisone 1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment</i>	1	GC
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % lotion, 0.1 % solution</i>	2	GC
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % cream</i>	2	GC
<i>pimecrolimus 1 % cream</i>	2	PA; QL (100 per 90 days); NEDS; GC
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	2	GC
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	2	GC
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	2	GC
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	2	GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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 0.03 % ointment, 0.1 % ointment</i>	2	PA; QL (100 per 90 days); 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	GC
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % lotion, 0.147 mg/gm aero soln</i>	2	GC
<i>triderm 0.1 % cream, 0.5 % cream</i>	1	GC
Dermatological Agents, Other/Agentes Dermatológicos, Otro		
<i>calcipotriene 0.005 % cream, 0.005 % ointment</i>	2	QL (120 per 30 days); GC
<i>calcipotriene 0.005 % solution</i>	2	QL (60 per 30 days); GC
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	2	QL (120 per 30 days); GC
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream</i>	2	QL (120 per 30 days); GC
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion</i>	2	GC
CONDYLOX 0.5 % GEL	4	
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	2	PA; QL (100 per 30 days); GC
<i>fluorouracil 2 % solution, 5 % cream, 5 % solution</i>	2	GC
<i>hydrocortisone ace-pramoxine 1-1 % cream</i>	1	GC
<i>imiquimod 5 % cream</i>	2	GC
<i>methoxsalen rapid 10 mg cap</i>	5	NM
<i>nystatin-triamcinolone 100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment</i>	2	GC
OTEZLA 30 MG TAB	5	PA; QL (60 per 30 days); NM
PICATO 0.015 % GEL, 0.05 % GEL	5	
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	2	GC
REGANEX 0.01 % GEL	5	PA
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	4	QL (30 per 30 days)
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	2	GC
<i>ssd 1 % cream</i>	2	GC
Pediculicides/Scabicides/Pediculicidas/Escabidas		

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>ivermectin 0.5 % lotion, 1 % cream</i>	2	GC
<i>lindane 1 % shampoo</i>	2	GC
<i>permethrin 5 % cream</i>	2	GC
Topical Anti-Infectives/Antiinfeciosos Tópicos		
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	2	QL (30 per 30 days); GC
<i>ciclodan 8 % solution</i>	2	GC
<i>ciclopirox 0.77 % gel, 1 % shampoo, 8 % solution</i>	2	GC
<i>clindamycin phosphate 1 % gel</i>	2	GC
<i>clindamycin phosphate 1 % lotion, 1 % solution</i>	2	QL (120 per 30 days); GC
DENAVIR 1 % CREAM	4	QL (5 per 30 days)
<i>erythromycin 2 % gel</i>	2	GC
<i>erythromycin 2 % solution</i>	1	GC
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	2	QL (120 per 30 days); GC
<i>mupirocin calcium 2 % cream</i>	2	QL (30 per 30 days); GC
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins/Electrolitos/Minerales/Metales/Vitaminas		
Electrolyte/Mineral Replacement/Reemplazo De Electrolitos/Minerales		
AMINOSYN-PF 7 % SOLUTION	4	B/D PA
CARBAGLU 200 MG TAB	5	PA; LA; NM
<i>carglumic acid 200 mg tab</i>	5	PA
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) 2.75 % SOLUTION	4	B/D PA
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) 4.25 % SOLUTION	4	B/D PA
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) 4.25 % SOLUTION	4	B/D PA
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) 5 % SOLUTION	4	B/D PA
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) 5 % SOLUTION	4	B/D PA
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) 8 % SOLUTION	4	B/D PA
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) 8 % SOLUTION	4	B/D PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) 4.25 % SOLUTION	4	B/D PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 4.25 % SOLUTION	4	B/D PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 5 % SOLUTION	4	B/D PA

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 5 % SOLUTION	4	B/D PA
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) 6 % SOLUTION	4	B/D PA
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) 8 % SOLUTION	4	B/D PA
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) 8 % SOLUTION	4	B/D PA
<i>clinisol sf 15 % solution</i>	2	B/D PA; GC
CLINOLIPID 20 % EMULSION	2	B/D PA; GC
FREAMINE III 10 % SOLUTION	4	B/D PA
<i>hepatamine 8 % solution</i>	4	B/D PA
INTRALIPID 20 % EMULSION	2	B/D PA; GC
ISOLYTE-P IN D5W SOLUTION	4	
ISOLYTE-S SOLUTION	4	
<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	GC
KCL IN DEXTROSE-NACL 40-5-0.9 MEQ/L-%- % SOLUTION	3	
<i>klor-con 10 10 meq tab er</i>	1	90D; GC
<i>klor-con 20 meq packet</i>	2	90D; GC
<i>klor-con 8 meq tab er</i>	1	90D; GC
<i>klor-con m10 10 meq tab er</i>	1	90D; GC
<i>klor-con m15 15 meq tab er</i>	1	90D; GC
<i>klor-con m20 20 meq tab er</i>	1	90D; GC
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	2	GC
NUTRILIPID 20 % EMULSION	2	B/D PA; GC
PLASMA-LYTE 148 SOLUTION	4	
PLASMA-LYTE A SOLUTION	4	
<i>plenamine 15 % solution</i>	2	B/D PA; GC
<i>potassium chloride 10 % solution, 20 meq packet, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution</i>	2	90D; GC
<i>potassium chloride 10 meq cap er</i>	1	90D; GC
<i>potassium chloride 10 meq tab er</i>	1	90D; GC
<i>potassium chloride 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution</i>	2	GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
potassium chloride 20 meq tab er	1	90D; GC
potassium chloride 8 meq cap er	1	90D; GC
potassium chloride 8 meq tab er	1	90D; GC
potassium chloride crys 10 meq tab er	1	90D; GC
potassium chloride crys 20 meq tab er	1	90D; GC
potassium chloride crys er 15 meq tab er	1	90D; GC
potassium chloride in nacl 20-0.45 meq/l-% solution, 20-0.9 meq/l-% solution	2	GC
potassium citrate 10 meq (1080 mg) tab er	2	GC
potassium citrate 15 meq (1620 mg) tab er	2	GC
potassium citrate 5 meq (540 mg) tab er	2	GC
PREMASOL 10 % SOLUTION	4	B/D PA
PROCALAMINE 3 % SOLUTION	4	B/D PA
PROSOL 20 % SOLUTION	4	B/D PA
sodium chloride 0.45 % solution, 0.9 % solution, 3 % solution, 5 % solution	2	GC
sodium chloride solution 0.9% irrigation	1	GC
sodium fluoride 2.2 mg	2	90D; GC
TRAVASOL 10 % SOLUTION	4	B/D PA
TROPHAMINE 10 % SOLUTION	4	B/D PA
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers/Modificadores De Electrolitos/Minerales/Metales		
deferasirox 125 mg tab sol, 250 mg tab sol, 500 mg tab sol	5	PA; NM
deferiprone 500 mg tab	5	PA; LA; NM
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	4	PA; LA; NM
FERRIPROX 1000 MG TAB	5	PA; LA; NM
FERRIPROX TWICE-A-DAY 1000 MG TAB	5	PA; LA; NM
JYNARQUE 15 MG TAB, 30 MG TAB	5	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM
tolvaptan 15 mg tab	5	PA; QL (30 per 30 days); NM
tolvaptan 30 mg tab	5	PA; QL (60 per 30 days); NM
trientine hcl 250 mg cap	5	NM
Phosphate Binders/Aglutinantes De Fosfato		
AURYXIA 1 GM 210 MG(FE) TAB	5	PA

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
calcium acetate (phos binder) 667 mg cap	2	90D; GC
calcium acetate 667 mg tab	2	90D; GC
sevelamer carbonate 0.8 gm packet	5	QL (540 per 30 days)
sevelamer carbonate 2.4 gm packet	5	QL (180 per 30 days)
sevelamer carbonate 800 mg tab	2	QL (540 per 30 days); 90D; GC
VELPHORO 500 MG CHEW TAB	5	QL (180 per 30 days)
Potassium Binders/Aglutinantes De Potasio		
LOKELMA 5 GM PACKET, 10 GM PACKET	3	
sodium polystyrene sulfonate	1	GC
sps 15 gm/60ml suspension	2	GC
VELTASSA 8.4 GM PACKET, 16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET	5	NM
Vitamins/Vitaminas		
dextrose 5 % solution, 10 % solution	2	GC
DEXTROSE-NAACL 10-0.2 % SOLUTION	3	
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	2	GC
dextrose-sodium chloride 5-0.3 % solution, 5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution	2	GC
folic acid 1 mg tab	6	ED
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	3	
levocarnitine 1 gm/10ml solution	2	B/D PA; 90D; GC
levocarnitine 330 mg tab	3	B/D PA
levocarnitine sf 1 gm/10ml solution	2	B/D PA; 90D; GC
potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution	2	GC
TPN ELECTROLYTES CONC	3	
Gastrointestinal Agents/Agentes Gastrointestinales		
Anti-Constipation Agents/Agentes Para El Estreñimiento		
CLENPIQ 10-3.5-12 MG-GM -GM/160ML SOLUTION	4	
constulose 10 gm/15ml solution	1	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
enulose 10 gm/15ml solution	2	90D; GC
gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln	2	GC
generlac 10 gm/15ml solution	2	90D; GC
lactulose 10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution	1	90D; GC
lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution	2	90D; GC
LINZESS 72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP	3	QL (30 per 30 days)
lubiprostone 8 mcg cap, 24 mcg cap	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
MOVANTIK 12.5 MG TAB, 25 MG TAB	3	QL (30 per 30 days)
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln	2	GC
SUPREP BOWEL PREP KIT 17.5-3.13-1.6 GM/177ML SOLUTION	4	
Anti-Diarrheal Agents/Agentes Antidiarreicos		
alosetron hcl 0.5 mg tab, 1 mg tab	5	PA; QL (60 per 30 days)
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab	1	GC
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg/5ml liquid	2	GC
loperamide hcl 2 mg cap	1	GC
MYTESI 125 MG TAB DR	4	NM
XERMELO 250 MG TAB	5	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM
Antispasmodics, Gastrointestinal/Antiespasmódicos, Gastrointestinales		
dicyclomine hcl 10 mg cap, 20 mg tab	1	GC
dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution	2	GC
glycopyrrolate 1 mg tab	1	GC
glycopyrrolate 2 mg tab	2	GC
hyoscyamine sulfate 0.125 mg sl tab, 0.125 mg tab, 0.125 mg tab disp	2	90D; GC
methscopolamine bromide 2.5 mg tab, 5 mg tab	2	GC
Gastrointestinal Agents, Other/Agentes Gastrointestinales, Otro		
amoxicill-clarithro-lansopraz misc	2	GC
GATTEX 5 MG KIT	5	PA; LA; NM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>gavilyte-c 240 gm recon soln</i>	1	GC
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	1	GC
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	1	GC
<i>ursodiol 250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab</i>	2	90D; GC
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists/Antagonistas De Los Receptores Histamina 2 (H2)		
<i>cimetidine 200 mg tab</i>	2	GC
<i>cimetidine 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>cimetidine hcl 300 mg/5ml solution, 400 mg/6.67ml solution</i>	2	90D; GC
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>nizatidine 150 mg cap, 300 mg cap</i>	1	90D; GC
<i>ranitidine hcl 15 mg/ml syrup, 75 mg/5ml syrup, 150 mg/10ml syrup</i>	2	90D; GC
<i>ranitidine hcl 150 mg cap, 150 mg tab, 300 mg cap, 300 mg tab</i>	1	90D; GC
Protectants/Protectores		
<i>CARAFATE 1 GM/10ML SUSPENSION</i>	4	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	1	90D; GC
<i>sucralfate 1 gm/10ml suspension</i>	4	
Proton Pump Inhibitors/Inhibidores De La Bomba De Protones		
<i>DEXILANT 30 MG CAP DR, 60 MG CAP DR</i>	3	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC; OTC
<i>lansoprazole 15 mg tab dr disp</i>	2	90D; GC; OTC
<i>lansoprazole 30 mg cap dr, 30 mg tab dr disp</i>	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	2	90D; GC; OTC
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr</i>	2	90D; GC
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>	2	GC; OTC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>omeprazole oral tablet delayed release 20 mg</i>	2	GC; OTC
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr, 40 mg tab dr</i>	2	90D; GC
Genetic Or Enzyme Or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment/Trastorno Genético, Enzimático O Proteico: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento		
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	
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	2	90D; GC
CYSTADANE POWDER	5	LA; NM
CYSTAGON 50 MG CAP, 150 MG CAP	4	LA; NM
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	5	LA; NM
ENDARI 5 GM PACKET	5	LA; NM
GALAFOLD 123 MG CAP	5	PA; LA; NM
<i>miglustat 100 mg cap</i>	5	PA; LA; NM
<i>nitisinone 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap</i>	5	PA; NM
ORFADIN 4 MG/ML SUSPENSION, 20 MG CAP	5	PA; LA; NM
PROLASTIN-C 1000 MG RECON SOLN	5	PA; LA; NM
RAVICTI 1.1 GM/ML LIQUID	5	PA; LA; QL (525 per 30 days); NM
<i>sapropterin dihydrochloride 100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet</i>	5	PA; NM
<i>sodium phenylbutyrate 3 gm/tsp powder</i>	2	PA; NM; 90D; GC
<i>sodium phenylbutyrate 500 mg tab</i>	5	PA; NM
TEGSEDI 284 MG/1.5ML SOLN PRSYR	5	PA; LA; QL (6 per 28 days); NM
XURIDEN 2 GM PACKET	5	PA; QL (120 per 30 days); NM
ZENPEP 3000-10000 CP DR PART, 5000-24000 CP DR PART, 10000-32000 CP DR PART, 15000-47000 CP DR PART, 20000-63000 CP DR PART, 25000-79000 CP DR PART, 40000-126000 CP DR PART	3	
Genitourinary Agents/Agentes Genitourinarios		

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
Antispasmodics, Urinary/Antiespasmódicos, Urinarios		
<i>darifenacin hydrobromide er 7.5 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h</i>	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
<i>flavoxate hcl 100 mg tab</i>	2	90D; GC
MYRBETRIQ 25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H	3	QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); 90D; GC
<i>oxybutynin chloride 5 mg/5ml syrup</i>	1	QL (600 per 30 days); 90D; GC
<i>oxybutynin chloride er 10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h</i>	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
<i>oxybutynin chloride er 5 mg tab er 24h</i>	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
<i>solifenacin succinate 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
<i>tolterodine tartrate er 2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h</i>	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
VESICARE 5 MG TAB, 10 MG TAB	4	QL (30 per 30 days)
Benign Prostatic Hypertrophy Agents/Agentes Para La Hiperplasia Prostática Benigna		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h</i>	1	90D; GC
<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
<i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>	2	QL (30 per 30 days); 90D; GC
<i>finasteride 5 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>silodosin 4 mg cap, 8 mg cap</i>	2	90D; GC
<i>tadalafil 10 mg tab, 20 mg tab</i>	6	QL (6 per 30 days); ED
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	2	90D; GC
Genitourinary Agents, Other/Agentes Genitourinarios, Otro		
<i>bethanechol chloride 5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	GC
LITHOSTAT 250 MG TAB	4	
<i>penicillamine 250 mg cap</i>	5	
<i>sildenafil citrate 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	6	QL (6 per 30 days); ED
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; NM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>alclometasone dipropionate 0.05 % cream</i>	2	GC
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % ointment</i>	2	GC
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream, 0.05 % lotion</i>	2	GC
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	2	QL (120 per 30 days); GC
<i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>	2	QL (120 per 30 days); GC
<i>decadron 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	1	GC
<i>desonide 0.05 % lotion</i>	2	GC
<i>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</i>	1	GC
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	90D; GC
HEMADY 20 MG TAB	4	
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment</i>	2	GC
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % ointment</i>	2	GC
KORLYM 300 MG TAB	5	PA; LA; NM
<i>methylprednisolone 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab</i>	1	GC
<i>mometasone furoate 0.1 % cream, 0.1 % ointment</i>	1	GC
<i>prednicarbate 0.1 % ointment</i>	2	GC
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution, 15 mg/5ml syrup</i>	2	GC
<i>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</i>	2	GC
<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	GC
<i>prednisone 5 mg/5ml solution</i>	2	GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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 (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 refrig 0.01 % solution</i>	2	90D; GC
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i>	2	90D; GC
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	5	PA; LA; NM
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; NM
OMNITROPE 5 MG/1.5ML SOLN CART, 10 MG/1.5ML SOLN CART	5	PA; LA; NM
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLN	5	PA; LA; NM
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	90D; GC
<i>misoprostol 200 mcg tab</i>	2	90D; GC
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador (Modificadores/Hormonas Sexuales)		
Anabolic Steroids/Esteroides Anabólicos		
<i>oxandrolone 10 mg tab</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); GC
<i>oxandrolone 2.5 mg tab</i>	2	PA; QL (240 per 30 days); GC
Androgens/Andrógenos		
<i>danazol 50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap</i>	2	GC
<i>methyltestosterone 10 mg cap</i>	5	

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
testosterone 1.62 % gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel	2	PA; QL (150 per 30 days); 90D; GC
testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel	2	PA; QL (112.5 per 30 days); 90D; GC
testosterone 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel	2	PA; QL (300 per 30 days); 90D; GC
testosterone 30 mg/act solution	2	PA; QL (180 per 30 days); 90D; GC
testosterone cypionate 100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution	2	PA; 90D; GC
testosterone enanthate 200 mg/ml solution	2	PA; 90D; GC
Estrogens/Estrógenos		
apri 0.15-30 mg-mcg tab	1	90D; GC
aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	1	90D; GC
aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	90D; GC
aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	90D; GC
ayuna 0.15-30 mg-mcg tab	1	90D; GC
azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	2	90D; GC
charlotte 24 fe 1-20 mg-mcg(24) chew tab	2	90D; GC
chateal 0.15-30 mg-mcg tab	1	90D; GC
chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab	1	90D; GC
cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab	1	90D; GC
cyred 0.15-30 mg-mcg tab	1	90D; GC
cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab	1	90D; GC
desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	2	90D; GC
desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-30 mg-mcg tab	1	90D; GC
drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg tab	2	90D; GC
elinest 0.3-30 mg-mcg tab	1	90D; GC
eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring	4	
emoquette 0.15-30 mg-mcg tab	1	90D; GC
enskyce 0.15-30 mg-mcg tab	1	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>estradiol 0.1 mg/gm cream, 10 mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>estradiol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>ethynodiol diac-eth estradiol 1-50 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	4	
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>gianvi 3-0.02 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	90D; GC
<i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>melodetta 24 fe 1-20 mg-mcg(24) chew tab</i>	2	90D; GC
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>microgestin 24 fe 1-20 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>norethin ace-eth estrad-fe 1-20 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>norethin ace-eth estrad-fe 1-20 mg-mcg(24) chew tab</i>	2	90D; GC
<i>norethindrone acet-ethinyl est 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>norethindrone acet-ethinyl est 1-20 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	2	90D; GC
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	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	90D; GC
<i>pimtrex 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	90D; GC
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
PREMARIN 0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB	3	PA; HRM
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	3	
<i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	90D; GC
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
<i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>tri-previfem 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	90D; GC
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	90D; GC
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	90D; GC
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	2	90D; GC
<i>yuvafem 10 mcg tab</i>	2	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	90D; GC
BIJUVA 1-100 MG CAP	3	PA; HRM
CLIMARA PRO 0.045-0.015 MG/DAY PATCH WK	4	PA; QL (4 per 28 days); HRM
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	90D; GC
Progestins/Progestina		
<i>camila 0.35 mg tab</i>	3	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	3	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	3	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	3	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	3	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	3	

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>lyleq 0.35 mg tab</i>	3	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	3	
<i>medroxyprogesterone acetate 150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension</i>	2	GC
<i>medroxyprogesterone acetate 2.5 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>medroxyprogesterone acetate 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension</i>	1	PA; GC; HRM
<i>megestrol acetate 625 mg/5ml suspension</i>	2	PA; 90D; GC; HRM
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	3	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	3	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>norlyda 0.35 mg tab</i>	3	
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	3	
<i>progesterone 100 mg cap, 200 mg cap</i>	2	90D; GC
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	3	
<i>tulana 0.35 mg tab</i>	3	
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents/Agentes Selectivos Modificadores De Los Receptores De Estrógeno		
<i>OSPHENA 60 MG TAB</i>	3	
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); 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	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>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	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	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	90D; GC
<i>liothyronine sodium 5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab</i>	1	90D; GC
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	
<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	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	
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	GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
ELIGARD 7.5 MG KIT, 22.5 MG KIT, 30 MG KIT, 45 MG KIT	4	PA; NM
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 MG/VIAL RECON SOLN	5	PA; NM
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	4	PA; NM
LANREOTIDE ACETATE 120 MG/0.5ML SOLUTION	5	PA
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	2	PA; NM; GC
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 3.75 MG KIT	5	PA; QL (1 per 28 days); NM
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 7.5 MG KIT	5	PA; NM
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 11.25 MG KIT	5	PA; QL (1 per 84 days); NM; NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 22.5 MG KIT	5	PA; NM
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	5	PA; NM
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	5	PA; NM
<i>octreotide acetate 50 mcg/ml soln prsyr, 50 mcg/ml solution, 100 mcg/ml soln prsyr, 100 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution</i>	2	PA; NM; 90D; GC
<i>octreotide acetate 500 mcg/ml soln prsyr, 500 mcg/ml solution</i>	5	PA; NM
ORGOVYX 120 MG TAB	5	PA; LA; QL (32 per 30 days); NM
SIGNIFOR 0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION	5	PA; LA; NM
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2ML SOLUTION, 90 MG/0.3ML SOLUTION, 120 MG/0.5ML SOLUTION	5	PA; NM
SOMAVERT 10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN	5	PA; LA; NM
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	5	PA; NM
TRELSTAR MIXJECT 3.75 MG RECON SUSP, 11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP	5	PA; NM
Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)/Agentes, Supresores Hormonales (Tiroides)		
Antithyroid Agents/Agentes Antitiroideos		
<i>methimazole 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	90D; GC
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	1	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
Immunological Agents/Agentes Inmunitarios		
Angioedema Agents/Agentes Para Angioedema		
CINRYZE 500 UNIT RECON SOLN	5	PA; LA; NM
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml solution</i>	5	PA; NM
<i>sajazir 30 mg/3ml solution</i>	5	PA; NM
TAKHZYRO 300 MG/2ML SOLUTION	5	PA; LA; NM
Immunoglobulins/Inmunoglobulinas		
BIVIGAM 5 GM/50ML SOLUTION	3	PA; NM
FLEBOGAMMA DIF 10 GM/100ML SOLUTION	4	PA; NM
FLEBOGAMMA DIF 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION	5	PA; NM
GAMMAGARD 1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION	5	PA; NM
GAMMAGARD S/D LESS IGA 5 GM RECON SOLN, 10 GM RECON SOLN	5	PA; NM
GAMMAKED 1 GM/10ML SOLUTION	5	PA; NM
GAMMAPLEX 10 GM/100ML SOLUTION	4	PA; NM
GAMMAPLEX 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION	5	PA; NM
GAMUNEX-C 1 GM/10ML SOLUTION	5	PA; NM
HYPERRAB S/D 1500 UNIT/10ML SOLUTION	3	NM
KEDRAB 1500 UNIT/10ML SOLUTION	3	NM
OCTAGAM 1 GM/20ML SOLUTION, 2 GM/20ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION	5	PA; NM
OCTAGAM 10 GM/100ML SOLUTION	4	PA; NM
PRIVIGEN 10 GM/100ML SOLUTION	4	PA; NM
PRIVIGEN 5 GM/50ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION	5	PA; NM
VARIZIG 125 UNIT/1.2ML SOLUTION	3	NM
Immunological Agents, Other/Agentes Inmunitarios, Otro		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	5	PA; NM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
BENLYSTA 200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; NM
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; LA; QL (8 per 28 days); NM
COSENTYX 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; LA; QL (8 per 28 days); NM
COSENTYX 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (2 per 28 days); NM
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	5	PA; LA; QL (8 per 28 days); NM
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	5	PA; LA; QL (8 per 28 days); NM
OTEZLA 10 & 20 & 30 MG TAB THPK	5	PA; NM
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT	5	PA; QL (6 per 365 over time); NM; NEDS
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN A-INJ, 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (6 per 365 over time); NM; NEDS
STELARA 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 90 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (1 per 28 days); NM
STELARA 45 MG/0.5ML SOLUTION	5	PA; LA; QL (1 per 28 days); NM
XOLAIR 150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; LA; QL (8 per 28 days); NM
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	PA; LA; QL (4 per 28 days); NM
Immunostimulants/Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE 2000000 UNIT/0.5ML SOLUTION	5	PA; LA; NM
INTRON A 10000000 RECON SOLN, 18000000 RECON SOLN	3	B/D PA; NM
INTRON A 10000000 UNIT/ML SOLUTION	4	B/D PA; NM
INTRON A 6000000 UNIT/ML SOLUTION, 50000000 UNIT RECON SOLN	5	B/D PA; NM
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 180 MCG/ML SOLUTION	5	NM
Immunosuppressants/Inmunosupresores		
ASTAGRAF XL 0.5 MG CAP ER 24H, 1 MG CAP ER 24H, 5 MG CAP ER 24H	4	B/D PA; NM
azasan 75 mg tab, 100 mg tab	4	B/D PA

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
azathioprine 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab	2	B/D PA; 90D; GC
cyclosporine 100 mg cap	2	B/D PA; NM; 90D; GC
cyclosporine 25 mg cap	1	B/D PA; NM; 90D; GC
cyclosporine modified 25 mg cap	1	B/D PA; NM; 90D; GC
cyclosporine modified 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution	2	B/D PA; NM; 90D; GC
ENBREL 25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (8 per 28 days); NM
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	PA; QL (4.08 per 28 days); NM
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	5	PA; QL (4 per 28 days); NM
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	5	PA; QL (8 per 28 days); NM
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	5	PA; QL (8 per 28 days); NM
ENVARUSUS XR 0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H	4	B/D PA; NM
ENVARUSUS XR 4 MG TAB ER 24H	5	B/D PA; NM
everolimus 0.25 mg tab	2	B/D PA; NM; 90D; GC
everolimus 0.5 mg tab, 0.75 mg tab	5	B/D PA; NM
everolimus 1 mg tab	5	B/D PA
gengraf 100 mg cap, 100 mg/ml solution	2	B/D PA; NM; 90D; GC
gengraf 25 mg cap	1	B/D PA; NM; 90D; GC
HUMIRA 10 MG/0.1ML PREF SY KT, 20 MG/0.2ML PREF SY KT	5	PA; QL (2 per 28 days); NM
HUMIRA 40 MG/0.4ML PREF SY KT, 40 MG/0.8ML PREF SY KT	5	PA; QL (4 per 28 days); NM
HUMIRA 80 MG/0.8ML PEN KIT	5	PA; QL (6 per 84 over time); NM; NEDS
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PREF SY KT	5	PA; QL (12 per 365 over time); NM; NEDS
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 80 MG/0.8ML PREF SY KT	5	PA; QL (6 per 365 over time); NM; NEDS
HUMIRA PEN 40 MG/0.4ML PEN KIT, 40 MG/0.8ML PEN KIT	5	PA; QL (4 per 28 days); NM
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER 40 MG/0.8ML PEN KIT	5	PA; QL (12 per 365 over time); NM; NEDS

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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 PEN-CD/UC/HS STARTER 80 MG/0.8ML PEN KIT	5	PA; QL (6 per 365 over time); NM; NEDS
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START 80 MG/0.8ML PEN KIT	5	PA; QL (8 per 365 over time); NM; NEDS
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START 40 MG/0.8ML PEN KIT	5	PA; QL (8 per 365 over time); NM; NEDS
HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT STARTER 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PEN KIT	5	PA; QL (6 per 365 over time); NM; NEDS
<i>leflunomide 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>methotrexate 2.5 mg tab</i>	1	GC
<i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution</i>	1	GC
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab, 50 mg/2ml solution</i>	1	GC
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml recon susp</i>	5	B/D PA; NM
<i>mycophenolate mofetil 250 mg cap, 500 mg tab</i>	2	B/D PA; NM; 90D; GC
<i>mycophenolate sodium 180 mg tab dr, 360 mg tab dr</i>	2	B/D PA; NM; 90D; GC
PROGRAF 0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET	4	B/D PA; NM
RINVOQ 15 MG TAB ER 24H	5	PA; QL (30 per 30 days); NM
RINVOQ 30 MG TAB ER 24H	5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution</i>	2	B/D PA; NM; 90D; GC
<i>sirolimus 2 mg tab</i>	5	B/D PA; NM
<i>tacrolimus 0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap</i>	2	B/D PA; NM; 90D; GC
TREXALL 5 MG TAB, 7.5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB	4	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	4	NM
ZORTRESS 1 MG TAB	5	B/D PA; NM
Vaccines/Vacunas		
ACTHIB RECON SOLN	4	
ADACEL 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION	3	
BCG VACCINE INJECTABLE	2	GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
BEXSERO SUSP PRSYR	4	
BOOSTRIX 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION	4	
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	4	
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	2	GC
ENGERIX-B 10 MCG/0.5ML SUSPENSION, 20 MCG/ML SUSPENSION	4	B/D PA
GARDASIL 9 SUSP PRSYR, SUSPENSION	4	
HAVRIX 720 U/0.5ML SUSPENSION, 1440 U/ML SUSPENSION	3	
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	4	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML INJECTABLE	4	
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	4	
IPOL INJECTABLE	4	
IXIARO SUSPENSION	4	
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION	4	
MENACTRA SOLUTION	4	
MENQUADFI SOLUTION	3	
MENVEO RECON SOLN	4	
M-M-R II RECON SOLN	4	
PEDIARIX SUSPENSION	4	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	3	
PROQUAD RECON SUSP	4	
QUADRACEL SUSPENSION	4	
RABAVERT RECON SUSP	4	
RECOMBIVAX HB 40 MCG/ML SUSPENSION	4	B/D PA
RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5ML SUSPENSION, 10 MCG/ML SUSPENSION	3	B/D PA
ROTARIX RECON SUSP	4	
ROTATEQ SOLUTION	3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	3	
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	2	GC
TENIVAC 5-2 LFU INJECTABLE	4	
TRUMENBA SUSP PRSYR	3	
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	4	

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
TYPHIM VI 25 MCG/0.5ML SOLUTION	4	
VAQTA 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION, 50 UNIT/ML SUSPENSION	4	
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML INJECTABLE	3	
YF-VAX INJECTABLE	4	
Inflammatory Bowel Disease Agents/Agentes Para La Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Aminosalicylates/Aminosalicilatos		
balsalazide disodium 750 mg cap	2	GC
mesalamine 1.2 gm tab dr, 400 mg cap dr	2	90D; GC
mesalamine 4 gm enema, 800 mg tab dr, 1000 mg suppos	2	GC
mesalamine er 0.375 gm cap er 24h	2	90D; GC
sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr	1	90D; GC
Glucocorticoids/Glucocorticoides		
budesonide 3 mg cp dr part	2	GC
budesonide er 9 mg tab er 24h	5	PA
hydrocortisone 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab	1	GC
UCERIS 2 MG/ACT FOAM	4	
Metabolic Bone Disease Agents/Agentes De Enfermedades Óseas Metabólicas		
Metabolic Bone Disease Agents/Agentes De Enfermedades Óseas Metabólicas		
alendronate sodium 10 mg tab	1	QL (30 per 30 days); 90D; GC
alendronate sodium 35 mg tab, 70 mg tab	1	QL (4 per 28 days); 90D; GC
alendronate sodium 70 mg/75ml solution	2	QL (300 per 28 days); 90D; GC
calcitonin (salmon) 200 unit/act solution	2	QL (4 per 30 days); 90D; GC
calcitriol 0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap	1	B/D PA; 90D; GC
calcitriol 1 mcg/ml solution	2	B/D PA; 90D; GC
cinacalcet hcl 30 mg tab	2	B/D PA; QL (60 per 30 days); NM; 90D; GC
cinacalcet hcl 60 mg tab	5	B/D PA; QL (60 per 30 days); NM
cinacalcet hcl 90 mg tab	5	B/D PA; QL (120 per 30 days); NM
doxercalciferol 0.5 mcg cap, 1 mcg cap, 2.5 mcg cap	2	B/D PA; 90D; GC
ergocalciferol 1.25 mg (50000 ut) cap	6	ED

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
FORTEO 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	5	PA; QL (3 per 28 days); NM
FOSAMAX PLUS D 70-2800 TAB, 70-5600 TAB	4	ST; QL (4 per 28 days)
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	2	QL (1 per 28 days); 90D; GC
NATPARA 25 MCG CARTRIDGE, 50 MCG CARTRIDGE, 75 MCG CARTRIDGE, 100 MCG CARTRIDGE	5	PA; QL (2 per 28 days); NM
<i>paricalcitol 1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap</i>	2	B/D PA; 90D; GC
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	4	PA; QL (1 per 180 over time); NM; NEDS
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	2	ST; QL (1 per 28 days); 90D; GC
<i>risedronate sodium 30 mg tab</i>	2	ST; QL (30 per 30 days); GC
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	2	ST; QL (4 per 28 days); 90D; GC
<i>risedronate sodium 5 mg tab</i>	2	ST; QL (30 per 30 days); 90D; GC
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	5	PA; QL (3 per 28 days); NM
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	5	PA; QL (1.56 per 28 days); NM
<i>vitamin d (ergocalciferol) 1.25 mg (50000 ut) cap</i>	6	ED
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	5	PA; QL (5.1 per 28 days); NM
Miscellaneous Therapeutic Agents/Agentes Terapéuticos Varios		
Miscellaneous Therapeutic Agents/Agentes Terapéuticos Varios		
ALCOHOL SWABS	3	OTC
GAUZE STERILE PADS 2	2	90D; GC; OTC
INSULIN PEN NEEDLE	3	QL (200 per 30 days); OTC
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML	3	QL (200 per 30 days); OTC
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML	3	QL (200 per 30 days); OTC
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML	3	QL (200 per 30 days); OTC
INTRAROSA 6.5 MG INSERT	3	QL (30 per 30 days)
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	3	QL (200 per 30 days); OTC
TRODELVY 180 MG RECON SOLN	5	PA; NM
Ophthalmic Agents/Agentes Oftálmicos		
Ophthalmic Agents, Other/Agentes Oftálmicos, Otro		
<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	1	GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
ATROPINE SULFATE 1 % OINTMENT, 1 % SOLUTION	3	
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i>	1	GC
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	2	GC
BLEPHAMIDE S.O.P. 10-0.2 % OINTMENT	4	
COMBIGAN 0.2-0.5 % SOLUTION	4	
<i>cyclopentolate hcl 1 % solution</i>	2	90D; GC
<i>dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution</i>	1	90D; GC
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	1	90D; GC
ISOPTO ATROPINE 1 % SOLUTION	3	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx 3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-dexameth 0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension</i>	1	GC
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75-10000-.025 solution</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc 3.5-10000-1 suspension</i>	2	GC
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	2	GC
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	2	GC
OXERVATE 0.002 % SOLUTION	5	NM
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	1	GC
<i>proparacaine hcl 0.5 % solution</i>	1	GC
RESTASIS 0.05 % EMULSION	3	QL (60 per 30 days)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EMULSION	3	QL (5.5 per 28 days)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	3	
<i>sulfacetamide-prednisolone 10-0.23 % solution</i>	2	GC
TOBRADEX 0.3-0.1 % OINTMENT	4	
TOBRADEX ST 0.3-0.05 % SUSPENSION	4	

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	2	GC
XIIDRA 5 % SOLUTION	3	QL (60 per 30 days)
ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION	4	
Ophthalmic Anti-Allergy Agents/Agentes Antialérgicos Oftálmicos		
azelastine hcl 0.05 % solution	2	GC
bepotastine besilate 1.5 % solution	2	GC
BEPREVE 1.5 % SOLUTION	4	
cromolyn sodium 4 % solution	1	GC
olopatadine hcl 0.1 % solution, 0.2 % solution	2	GC
PAZEO 0.7 % SOLUTION	4	
Ophthalmic Anti-Infectives/Antiinfeciosos Oftálmicos		
bacitracin 500 unit/gm ointment	2	GC
erythromycin 5 mg/gm ointment	1	QL (3.5 per 30 days); GC
gatifloxacin 0.5 % solution	2	GC
gentamicin sulfate 0.3 % solution	1	GC
levofloxacin 0.5 % solution	2	GC
MOXEZA 0.5 % SOLUTION	3	
moxifloxacin hcl (2x day) 0.5 % solution	2	GC
moxifloxacin hcl 0.5 % solution	2	GC
NATACYN 5 % SUSPENSION	4	
ofloxacin ophth soln 0.3%	1	GC
polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution	1	GC
sulfacetamide sodium 10 % solution	1	GC
tobramycin 0.3 % solution	1	GC
TOBREX 0.3 % OINTMENT	4	
Ophthalmic Anti-Inflammatories/Antiinflamatorios Oftálmicos		
ALREX 0.2 % SUSPENSION	4	
BROMSITE 0.075 % SOLUTION	4	
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % solution	2	GC
diclofenac sodium 0.1 % solution	1	GC
difluprednate 0.05 % emulsion	2	GC
DUREZOL 0.05 % EMULSION	3	

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
fluorometholone 0.1 % suspension	2	GC
flurbiprofen sodium 0.03 % solution	2	GC
FML 0.1 % OINTMENT	4	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	4	
FML LIQUIFILM 0.1 % SUSPENSION	4	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	3	
ketorolac tromethamine 0.4 % solution, 0.5 % solution	2	GC
LOTEMAX 0.5 % GEL, 0.5 % OINTMENT	3	
LOTEMAX SM 0.38 % GEL	3	
loteprednol etabonate 0.5 % gel, 0.5 % suspension	2	GC
prednisolone acetate 1 % suspension	2	GC
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	3	
PROLENSA 0.07 % SOLUTION	4	
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents/Agentes Bloqueantes Beta Adrenérgicos Oftálmicos		
betaxolol hcl 0.5 % solution	2	90D; GC
carteolol hcl 1 % solution	1	90D; GC
levobunolol hcl 0.5 % solution	1	90D; GC
timolol maleate 0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln	2	90D; GC
timolol maleate 0.25 % solution, 0.5 % (daily) solution, 0.5 % solution	1	90D; GC
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other/Agentes Oftálmicos Reductores De La Presión Intraocular, Otro		
acetazolamide er 500 mg cap er 12h	2	90D; GC
ALPHAGAN P 0.1 % SOLUTION, 0.15 % SOLUTION	3	
AZOPT 1 % SUSPENSION	3	
brimonidine tartrate 0.15 % solution, 0.2 % solution	2	90D; GC
brinzolamide 1 % suspension	2	90D; GC
dorzolamide hcl 2 % solution	1	90D; GC
methazolamide 25 mg tab, 50 mg tab	2	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>pilocarpine hcl 1 % solution, 2 % solution, 4 % solution</i>	2	90D; GC
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	3	
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	4	
Ophthalmic Prostaglandin And Prostanamide Analogs/Análogos Oftálmicos De La Prostaglandina Y La Prostanamida		
<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	2	90D; GC
<i>latanoprost 0.005 % solution</i>	1	90D; GC
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	3	
TRAVATAN Z 0.004 % SOLUTION	3	
<i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>	2	90D; GC
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	4	
Otic Agents/Agentes Óticos		
Otic Agents/Agentes Óticos		
CIPRODEX 0.3-0.1 % SUSPENSION	4	
<i>ciprofloxacin hcl 0.2 % solution</i>	2	GC
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	2	GC
<i>flac 0.01 % oil</i>	2	GC
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % oil</i>	2	GC
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc 1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension</i>	2	GC
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	2	GC
Respiratory Tract/Pulmonary Agents/Agentes Pulmonares/De Las Vías Respiratorias		
Antihistamines/Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl 0.1 % solution, 0.15 % solution, 137 mcg/spray solution</i>	2	QL (30 per 25 days); GC
<i>azelastine-fluticasone 137-50 mcg/act suspension</i>	2	QL (23 per 28 days); GC
<i>carbinoxamine maleate 4 mg/5ml solution</i>	2	PA; GC; HRM
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	1	GC
<i>clemastine fumarate 2.68 mg tab</i>	2	PA; GC; HRM
<i>cyproheptadine hcl 2 mg/5ml syrup</i>	1	PA; GC; HRM
<i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	1	GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
DYMISTA 137-50 MCG/ACT SUSPENSION	4	QL (23 per 28 days)
hydroxyzine hcl 10 mg tab, 10 mg/5ml syrup, 25 mg tab, 50 mg tab	1	GC
levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg	1	GC
olopatadine hcl 0.6 % solution	2	QL (31 per 30 days); GC
promethazine hcl 6.25 mg/5ml solution, 6.25 mg/5ml syrup	2	PA; 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)
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/INH AER POW BA	3	QL (1 per 30 days)
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/INH AER POW BA	3	QL (2 per 30 days)
ASMANEX (30 METERED DOSES) 110 MCG/INH AER POW BA, 220 MCG/INH AER POW BA	3	QL (1 per 30 days)
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/INH AER POW BA	3	QL (1 per 30 days)
ASMANEX HFA 50 MCG/ACT AEROSOL, 100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL	3	QL (13 per 30 days)
budesonide 0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension	2	B/D PA; QL (120 per 30 days); 90D; GC
budesonide 1 mg/2ml suspension	2	B/D PA; QL (60 per 30 days); 90D; GC
FLOVENT DISKUS 250 MCG/BLIST AER POW BA	3	QL (240 per 30 days)
FLOVENT DISKUS 50 MCG/BLIST AER POW BA, 100 MCG/BLIST AER POW BA	3	QL (60 per 30 days)
FLOVENT HFA 110 MCG/ACT AEROSOL	3	QL (12 per 30 days)
FLOVENT HFA 220 MCG/ACT AEROSOL	3	QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACT AEROSOL	3	QL (11 per 30 days)
flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution	1	QL (75 per 30 days); GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	1	QL (16 per 30 days); GC
<i>mometasone furoate 50 mcg/act suspension</i>	2	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	90D; GC
<i>zafirlukast 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	90D; GC
Bronchodilators, Anticholinergic/Broncodilatadores, Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	3	QL (26 per 30 days)
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	1	B/D PA; 90D; GC
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution, 0.06 % solution</i>	1	QL (30 per 30 days); 90D; GC
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	3	QL (30 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN	3	QL (4 per 30 days)
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	B/D PA; QL (360 per 30 days); 90D; GC
<i>albuterol sulfate 2 mg tab, 4 mg tab</i>	2	90D; GC
<i>albuterol sulfate 2 mg/5ml syrup</i>	1	90D; GC
<i>albuterol sulfate 2.5 mg/0.5ml nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln</i>	2	B/D PA; QL (60 per 30 days); 90D; GC
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	2	90D; GC
<i>arformoterol tartrate 15 mcg/2ml nebu soln</i>	5	B/D PA; QL (120 per 30 days)
BROVANA 15 MCG/2ML NEBU SOLN	5	B/D PA; QL (120 per 30 days)
<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); 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	B/D PA; QL (270 per 30 days); 90D; GC
<i>levalbuterol hcl 0.63 mg/3ml nebu soln</i>	2	B/D PA; QL (540 per 30 days); 90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>levalbuterol tartrate 45 mcg/act aerosol</i>	2	QL (45 per 30 days); 90D; GC
PROAIR HFA 108 (90 BASE) MCG/ACT AERO SOLN	4	
PROAIR RESPICLICK 108 (90 BASE) MCG/ACT AER POW BA	4	
PROVENTIL HFA 108 (90 BASE) MCG/ACT AERO SOLN	4	
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE AER POW BA	3	QL (60 per 30 days)
SYMJEPI 0.15 MG/0.3ML SOLN PRSYR, 0.3 MG/0.3ML SOLN PRSYR	3	QL (2 per 28 days)
VENTOLIN HFA 108 (90 BASE) MCG/ACT AERO SOLN	3	
Cystic Fibrosis Agents/Agentes Para La Fibrosis Quística		
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	5	PA; LA; NM
KALYDECO 150 MG TAB	5	PA; QL (60 per 30 days); NM
KALYDECO 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET	5	PA; QL (56 per 28 days); NM
ORKAMBI 100-125 MG PACKET, 150-188 MG PACKET	5	PA; QL (60 per 30 days); NM
ORKAMBI 100-125 MG TAB, 200-125 MG TAB	5	PA; QL (120 per 30 days); NM
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	5	B/D PA; NM
SYMDEKO 100-150 & 150 MG TAB THPK	5	PA; LA; QL (56 per 28 days); NM
SYMDEKO 50-75 & 75 MG TAB THPK	5	PA; QL (56 per 28 days); NM
TOBI PODHALER 28 MG CAP	5	LA; QL (224 per 28 days); NM
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	5	B/D PA; QL (280 per 28 days); NM
Mast Cell Stabilizers/Estabilizadores De Células Maestras		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	2	B/D PA; QL (240 per 30 days); 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)
<i>theophylline 80 mg/15ml solution</i>	2	90D; GC

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>theophylline er 300 mg tab er 12h, 400 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h</i>	1	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; NM
<i>ambrisentan 5 mg tab, 10 mg tab</i>	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
<i>bosentan 62.5 mg tab, 125 mg tab</i>	5	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM
OPSUMIT 10 MG TAB	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	2	PA; QL (90 per 30 days); NM; 90D; GC
TRACLEER 32 MG TAB SOL	5	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	5	PA; LA; NM
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); NM
Pulmonary Fibrosis Agents/Agentes Para La Fibrosis Pulmonar		
ESBRIET 267 MG CAP, 267 MG TAB	5	PA; QL (270 per 30 days); NM
ESBRIET 801 MG TAB	5	PA; QL (90 per 30 days); NM
OFEV 100 MG CAP, 150 MG CAP	5	PA; QL (60 per 30 days); NM
Respiratory Tract Agents, Other/Agentes Para Las Vías Respiratorias, Otro		
<i>acetylcysteine 10 % solution, 20 % solution</i>	2	B/D PA; GC
ADVAIR HFA 45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL	3	QL (12 per 30 days)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/INH AER POW BA	3	QL (60 per 30 days)
<i>benzonatate 100 mg cap, 200 mg cap</i>	6	QL (30 per 10 days); ED
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/INH AER POW BA, 200-25 MCG/INH AER POW BA	3	QL (60 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate 80-4.5 mcg/act aerosol, 160-4.5 mcg/act aerosol</i>	2	QL (30.6 per 30 days); 90D; GC
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	4	QL (8 per 30 days)

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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
DULERA 50-5 MCG/ACT AEROSOL, 100-5 MCG/ACT AEROSOL, 200-5 MCG/ACT AEROSOL	4	QL (13 per 30 days)
FASENRA 30 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; LA; NM
FASENRA PEN 30 MG/ML SOLN A-INJ	5	PA; NM
<i>fluticasone-salmeterol 100-50 mcg/dose aer pow ba, 250-50 mcg/dose aer pow ba, 500-50 mcg/dose aer pow ba</i>	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC
<i>fluticasone-salmeterol 55-14 mcg/act aer pow ba, 113-14 mcg/act aer pow ba, 232-14 mcg/act aer pow ba</i>	2	QL (1 per 30 days); 90D; GC
<i>hydrocodone-homatropine 5-1.5 mg tab, 5-1.5 mg/5ml syrup</i>	6	ED
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	2	B/D PA; QL (540 per 30 days); 90D; GC
NUCALA 100 MG RECON SOLN, 100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA; LA; NM
<i>promethazine-codeine 6.25-10 mg/5ml syrup</i>	6	ED
<i>promethazine-phenyleph-codeine 6.25-5-10 mg/5ml syrup</i>	6	ED
<i>promethazine-phenylephrine 6.25-5 mg/5ml syrup</i>	2	GC
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	3	QL (4 per 30 days)
SYMBICORT 80-4.5 MCG/ACT AEROSOL, 160-4.5 MCG/ACT AEROSOL	3	QL (30.6 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG/INH AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/INH AER POW BA	3	QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub 100-50 mcg/dose aer pow ba, 250-50 mcg/dose aer pow ba, 500-50 mcg/dose aer pow ba</i>	2	QL (60 per 30 days); 90D; GC

Skeletal Muscle Relaxants/Relajantes Del Músculo Esquelético

Skeletal Muscle Relaxants/Relajantes Del Músculo Esquelético

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **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>carisoprodol 250 mg tab, 350 mg tab</i>	2	GC
<i>chlorzoxazone 500 mg tab</i>	2	PA; GC; HRM
<i>cyclobenzaprine hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	PA; GC; HRM
<i>methocarbamol 500 mg tab, 750 mg tab</i>	2	GC
<i>orphenadrine citrate er 100 mg tab er 12h</i>	2	GC
Sleep Disorder Agents/Agentes Para El Trastorno Del Sueño		
Sleep Promoting Agents/Agentes Que Favorecen El Sueño		
<i>estazolam 1 mg tab, 2 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); GC
<i>flurazepam hcl 15 mg cap, 30 mg cap</i>	2	QL (30 per 30 days); GC
HETLIOZ 20 MG CAP	5	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); GC
<i>temazepam 15 mg cap, 30 mg cap</i>	1	QL (30 per 30 days); GC
<i>temazepam 7.5 mg cap, 22.5 mg cap</i>	2	QL (30 per 30 days); GC
<i>triazolam 0.125 mg tab, 0.25 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); GC
<i>zaleplon 10 mg cap</i>	2	QL (60 per 30 days); GC
<i>zaleplon 5 mg cap</i>	2	QL (30 per 30 days); GC
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); GC
<i>zolpidem tartrate er 6.25 mg tab er, 12.5 mg tab er</i>	2	QL (30 per 30 days); GC
Wakefulness Promoting Agents/Agentes Que Promueven La Vigilia		
<i>modafinil 100 mg tab</i>	2	PA; 90D; GC
<i>modafinil 200 mg tab</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); 90D; GC
XYREM 500 MG/ML SOLUTION	5	PA; LA; QL (540 per 30 days); NM

90D 90 day fill is available / 90 días de surtido está disponible, **B/D PA** Part B vs. Part D / Parte B frente a Parte D, **ED** 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, **NEDS** Non-Extended Days Supply / Suministro de días no extendidos, **NM** Not available at Mail Order / No disponible en pedidos por correo, **OTC** Over-the-counter medications / Medicamentos sin receta, **PA** Prior Authorization required / Requiere autorización previa, **QL** Quantity Limit / Límite de cantidad, **ST** Step Therapy required / Requiere terapia escalonada.

Index / Índice

A

abacavir sulfate.....	58
abacavir sulfate-lamivudine	58
abacavir-lamivudine-zidovudine	58
ABILIFY MAINTENA.....	53
abiraterone acetate	42
ABSORICA.....	82
acamprosate calcium	21
acarbose	62
accutane	82
acebutolol hcl.....	71
acetaminophen-codeine.....	19
acetaminophen-codeine #2.....	19
acetaminophen-codeine #3.....	19
acetaminophen-codeine #4	19
acetazolamide	74, 112
acetazolamide er.....	112
acetic acid.....	22
acetylcysteine.....	117
acitretin.....	83
ACTHAR	93
ACTHIB	106
ACTIMMUNE	104
acyclovir.....	56, 86
acyclovir sodium.....	56
ADACEL	106
adefovir dipivoxil.....	56
ADEMPAS.....	117
ADVAIR HFA.....	117
afeditab cr	72
AFINITOR	45
AFINITOR DISPERZ	45
AIMOVIG.....	40
ak-poly-bac	109
ala-cort	83
albendazole	50
albuterol sulfate	115
albuterol sulfate hfa	115
alclometasone dipropionate	83, 94
ALCOHOL SWABS.....	109
ALECENSA.....	45

alendronate sodium	108
alfuzosin hcl er	93
ALIMTA.....	43
aliskiren fumarate.....	74
allopurinol	40
almotriptan malate.....	40
alosetron hcl.....	90
ALPHAGAN P	112
alprazolam.....	61
ALPRAZOLAM	61
alprazolam er	61
ALPRAZOLAM INTENSOL	61
alprazolam xr	61
ALREX.....	111
altavera	99
ALUNBRIG.....	45
amantadine hcl	51
AMBISOME	38
ambrisentan	117
amcinonide	83
AMCINONIDE.....	83
amikacin sulfate	22
amiloride hcl.....	76
amiloride-hydrochlorothiazide	74
AMINOSYN-PF	86
amiodarone hcl	70
amitriptyline hcl.....	37
amlodipine besy-benazepril hcl.....	74
amlodipine besylate.....	72, 74
amlodipine besylate-valsartan.....	74
amlodipine-atorvastatin.....	74
amlodipine-olmesartan	74
amlodipine-valsartan-hctz	74
ammonium lactate.....	83
amnesteem	83
amoxapine	37
amoxicill-clarithro-lansopraz	90
amoxicillin	25
amoxicillin-pot clavulanate	25
amoxicillin-pot clavulanate er.....	25
amphetamine-dextroamphet er.....	79

<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	79
<i>amphotericin b</i>	39
<i>ampicillin</i>	25, 26
<i>ampicillin sodium</i>	26
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	26
<i>anagrelide hcl</i>	68
<i>anastrozole</i>	45
ANORO ELLIPTA	117
ALENZIN	34
APOKYN	51
APO-VARENICLINE	21
<i>aprepitant</i>	38
<i>apri</i>	96
APTIOM	32
APTIVUS	59
ARCALYST	103
<i>arformoterol tartrate</i>	115
ARIKAYCE	22
<i>aripiprazole</i>	53
ARNUIY ELLIPTA	114
<i>ascomp-codeine</i>	19
<i>asenapine maleate</i>	53
ASMANEX (120 METERED DOSES)	114
ASMANEX (14 METERED DOSES)	114
ASMANEX (30 METERED DOSES)	114
ASMANEX (60 METERED DOSES)	114
ASMANEX HFA	114
ASPARLAS	43
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	69
ASTAGRAF XL	104
<i>atazanavir sulfate</i>	59, 60
<i>atenolol</i>	71, 74
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	74
<i>atomoxetine hcl</i>	79
<i>atorvastatin calcium</i>	77
<i>atovaquone</i>	50
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	50
ATROPINE SULFATE	110
ATROVENT HFA	115
AUBAGIO	81
<i>aurovela 1.5/30</i>	96
<i>aurovela 1/20</i>	96
<i>aurovela fe 1/20</i>	96
AURYXIA	88
AUSTEDO	80

<i>avita</i>	83
AVONEX PEN	81
AVONEX PREFILLED	82
<i>ayuna</i>	96
AYVAKIT	43
<i>azasan</i>	104
<i>azathioprine</i>	105
<i>azelaic acid</i>	83
<i>azelastine hcl</i>	111, 113
<i>azelastine-fluticasone</i>	113
<i>azithromycin</i>	26
AZOPT	112
<i>aztreonam</i>	22
<i>azurette</i>	96

B

<i>bacitracin</i>	110, 111
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	110
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	110
<i>baclofen</i>	56
<i>balsalazide disodium</i>	108
BALVERSA	45
BANZEL	32
BARACLUDGE	56
BAVENCIO	49
BCG VACCINE	106
<i>benazepril hcl</i>	70
BENAZEPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	75
BENLYSTA	104
BENZNIDAZOLE	50
<i>benzonatate</i>	117
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	83
<i>benztropine mesylate</i>	51
<i>bepotastine besilate</i>	111
BEPREVE	111
BESIVANCE	27
BESREMI	43
<i>betamethasone dipropionate</i>	83, 94
<i>betamethasone dipropionate aug</i>	94
<i>betamethasone valerate</i>	83
BETASERON	82
<i>betaxolol hcl</i>	71, 112
<i>bethanechol chloride</i>	93
<i>bexarotene</i>	50
BEXSERO	107

<i>bicalutamide</i>	42
BICILLIN C-R	26
BICILLIN L-A	26
BIDIL	75
BIJUVA.....	99
BIKTARVY	57
<i>bimatoprost</i>	113
<i>bisoprolol fumarate</i>	71
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	75
BIVIGAM.....	103
BLNREP	49
BLEPHAMIDE S.O.P.	110
BOOSTRIX	107
BORTEZOMIB	43
<i>bosentan</i>	117
BOSULIF	45
BRAFTOVI	45
BREO ELLIPTA	117
BRILINTA.....	69
<i>brimonidine tartrate</i>	112
<i>brinzolamide</i>	112
BRIVIACT	28
<i>bromocriptine mesylate</i>	51
BROMSITE	111
BROVANA	115
BRUKINSA	43
<i>budesonide</i>	108, 114, 117
<i>budesonide er</i>	108
<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	117
<i>bumetanide</i>	76
<i>buprenorphine</i>	18, 21
<i>buprenorphine hcl</i>	21
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	21
<i>bupropion hcl</i>	21, 34
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	21
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	34
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	34
<i>bupirone hcl</i>	61
<i>butalbital-acetaminophen</i>	80
<i>butalbital-apap-caff-cod</i>	19
<i>butalbital-apap-caffeine</i>	80
<i>butalbital-asa-caff-codeine</i>	19
<i>butorphanol tartrate</i>	19
BYDUREON.....	62
BYDUREON BCISE	62

BYSTOLIC	71
----------------	----

C

CABENUVA	59
<i>cabergoline</i>	101
CABOMETYX	45
<i>calcipotriene</i>	85
<i>calcitonin (salmon)</i>	108
<i>calcitrene</i>	85
<i>calcitriol</i>	108
<i>calcium acetate</i>	89
<i>calcium acetate (phos binder)</i>	89
<i>calcium acetate 667 mg tab</i>	89
CALQUENCE	45
<i>camila</i>	99
<i>candesartan cilexetil</i>	69, 75
<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	75
CAPLYTA.....	53
CAPRELSA	45
<i>captopril</i>	70
CARAFATE.....	91
CARBAGLU.....	86
<i>carbamazepine</i>	32
<i>carbamazepine er</i>	32
<i>carbidopa</i>	51, 52
CARBIDOPA.....	52
<i>carbidopa-levodopa</i>	51, 52
CARBIDOPA-LEVODOPA	52
<i>carbidopa-levodopa er</i>	52
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	51
<i>carbinoxamine maleate</i>	113
<i>carglumic acid</i>	86
<i>carisoprodol</i>	19, 119
<i>carisoprodol-aspirin-codeine</i>	19
<i>carteolol hcl</i>	112
<i>cartia xt</i>	73
<i>carvedilol</i>	71
<i>carvedilol phosphate er</i>	71
<i>caspofungin acetate</i>	39
CAYSTON	116
<i>cefaclor</i>	24
CEFACLOR	24
CEFACLOR ER	24
<i>cefadroxil</i>	24
<i>cefazolin sodium</i>	24

<i>cefdinir</i>	24	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	113
<i>cefepime hcl</i>	24	<i>citalopram hydrobromide</i>	35
<i>cefixime</i>	24	<i>claravis</i>	83
<i>cefoxitin sodium</i>	24	<i>clarithromycin</i>	27
<i>cefpodoxime proxetil</i>	24	<i>clarithromycin er</i>	27
<i>cefprozil</i>	24	<i>clemastine fumarate</i>	113
<i>ceftazidime</i>	24	CLENPIQ	89
<i>ceftriaxone sodium</i>	25	CLEOCIN PHOSPHATE	22
<i>ceftriaxone sodium in dextrose</i>	25	CLIMARA PRO.....	99
<i>cefuroxime axetil</i>	25	<i>clindacin etz</i>	22
<i>cefuroxime sodium</i>	25	<i>clindacin-p</i>	22
<i>celecoxib</i>	17	<i>clindamycin hcl</i>	22
CELONTIN.....	30	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	22
<i>cephalexin</i>	25	<i>clindamycin phosphate</i>	23, 86
<i>cetirizine hcl</i>	113	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	23
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	113	CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5)	86
<i>cevimeline hcl</i>	82	CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10)	86
CHANTIX.....	22	CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5)	86
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK	22	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15)	86
CHANTIX STARTING MONTH PAK.....	22	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20)	86
<i>charlotte 24 fe</i>	96	CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10)	86
<i>chateal</i>	96	CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14)	86
<i>chateal eq</i>	96	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	86
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	61	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	86
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i>	34	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	86
<i>chlorhexidine gluconate</i>	82	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	87
<i>chloroquine phosphate</i>	50	CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)	87
<i>chlorpromazine hcl</i>	52	CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)	87
CHLORPROMAZINE HCL	52	CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)	87
<i>chlorthalidone</i>	77	<i>clinisol sf</i>	87
<i>chlorzoxazone</i>	119	CLINOLIPID	87
<i>cholestyramine</i>	78	<i>clobazam</i>	31
<i>cholestyramine light</i>	78	<i>clobetasol prop emollient base</i>	94
<i>ciclodan</i>	86	<i>clobetasol propionate</i>	83, 84, 94
<i>ciclopirox</i>	39, 86	<i>clobetasol propionate e</i>	94
<i>ciclopirox olamine</i>	39	<i>clodan</i>	84
<i>cilostazol</i>	69	<i>clomipramine hcl</i>	37
CIMDUO.....	58	<i>clonazepam</i>	61
<i>cimetidine</i>	91	<i>clonidine</i>	69, 80
<i>cimetidine hcl</i>	91	<i>clonidine hcl</i>	69, 80
<i>cinacalcet hcl</i>	108	<i>clonidine hcl er</i>	80
CINRYZE.....	103	<i>clopidogrel bisulfate</i>	69
CIPRODEX	113	<i>clorazepate dipotassium</i>	61
<i>ciprofloxacin hcl</i>	27, 113	<i>clotrimazole</i>	39, 85
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	27	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	85

<i>clozapine</i>	55, 56	DALIRESP	116
COARTEM	50	<i>danazol</i>	95
<i>colchicine</i>	40	DANYELZA	49
<i>colchicine-probenecid</i>	40	<i>dapsone</i>	41
<i>colesevelam hcl</i>	78	DAPTACEL	107
<i>colestipol hcl</i>	78	<i>daptomycin</i>	23
<i>colistimethate sodium (cba)</i>	23	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	93
COMBIGAN	110	DARZALEX	49
COMBIVENT RESPIMAT	117	DARZALEX FASPRO	49
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	45	DAURISMO	46
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	45	<i>deblitane</i>	99
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	45	<i>decadron</i>	94
COMPLERA	57	<i>deferasirox</i>	88
<i>compro</i>	37	<i>deferiprone</i>	88
CONDYLOX	85	DELSTRIGO	57
<i>constulose</i>	89	DENAVIR	86
COPAXONE	82	DESCOVY	58
COPIKTRA	45	<i>desipramine hcl</i>	37
CORLANOR	75	<i>desmopressin ace spray refrig</i>	95
COSENTYX	104	<i>desmopressin acetate</i>	95
COSENTYX (300 MG DOSE)	104	<i>desmopressin acetate spray</i>	95
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	104	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	96
COSENTYX SENSOREADY PEN	104	<i>desonide</i>	84, 94
COTELIC	45	<i>desoximetasone</i>	84
CREON	92	DESVENLAFAXINE ER	35
CRIXIVAN	60	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	35
<i>cromolyn sodium</i>	92, 111, 116	<i>dexamethasone</i>	94, 111
<i>cryselle-28</i>	96	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	111
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	119	DEXILANT	91
<i>cyclopentolate hcl</i>	110	<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	80
<i>cyclophosphamide</i>	42	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	79
CYCLOPHOSPHAMIDE	41, 42	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	79
CYCLOSET	62	<i>dextrose</i>	89
<i>cyclosporine</i>	105	DEXTROSE	89
<i>cyclosporine modified</i>	105	<i>dextrose-nacl</i>	89
<i>cyproheptadine hcl</i>	113	DEXTROSE-NACL	89
CYRAMZA	46	<i>dextrose-sodium chloride</i>	89
<i>cyred</i>	96	DIACOMIT	28
<i>cyred eq</i>	96	<i>diazepam</i>	31, 61, 62
CYSTADANE	92	<i>diazepam intensol</i>	62
CYSTAGON	92	<i>diazoxide</i>	65
CYSTARAN	92	<i>diclofenac potassium</i>	17
		<i>diclofenac sodium</i>	17, 85, 111
		<i>diclofenac sodium er</i>	17
		<i>diclofenac-misoprostol</i>	17

D

dalfampridine er

82

<i>dicloxacillin sodium</i>	26
<i>dicyclomine hcl</i>	90
DIFICID	27
<i>diflunisal</i>	17
<i>difluprednate</i>	111
<i>digitek</i>	75
<i>digox</i>	75
<i>digoxin</i>	75
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	40
DILANTIN	32
<i>diltiazem hcl</i>	73
<i>diltiazem hcl er</i>	73
<i>diltiazem hcl er beads</i>	73
<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	73
<i>dilt-xr</i>	73
<i>diphenoxylate-atropine</i>	90
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT	107
<i>dipyridamole</i>	69
<i>disopyramide phosphate</i>	70
<i>disulfiram</i>	21
<i>divalproex sodium</i>	28, 29
<i>divalproex sodium er</i>	29
<i>dofetilide</i>	70
<i>donepezil hcl</i>	33
<i>dorzolamide hcl</i>	110, 112
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	110
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i>	110
DOVATO	57
<i>doxazosin mesylate</i>	69
<i>doxepin hcl</i>	37
<i>doxercalciferol</i>	108
<i>doxy 100</i>	28
<i>doxycycline hyclate</i>	28
<i>doxycycline monohydrate</i>	28
DRIZALMA SPRINKLE	81
<i>dronabinol</i>	38
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	96
DROXIA	43
<i>droxidopa</i>	69
DUEXIS	17
DULERA	118
<i>duloxetine hcl</i>	81
<i>duramorph</i>	19
DUREZOL	111
<i>dutasteride</i>	93

<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	93
DYMISTA	114

E

<i>e.e.s. 400</i>	27
<i>ec-naproxen</i>	17
<i>econazole nitrate</i>	39
EDURANT	57
<i>efavirenz</i>	57
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir</i>	57
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	57
<i>eletriptan hydrobromide</i>	40
ELIGARD	102
<i>elinest</i>	96
ELIQUIS	67
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	67
<i>eluryng</i>	96
EMCYT	42
EMGALITY	40
EMGALITY (300 MG DOSE)	40
<i>emoquette</i>	96
EMSAM	35
<i>emtricitabine</i>	58
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	58
EMTRIVA	58
EMVERM	50
<i>enalapril maleate</i>	70
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	75
ENBREL	105
ENBREL MINI	105
ENBREL SURECLICK	105
ENDARI	92
<i>endocet</i>	19
ENGERIX-B	107
ENHERTU	49
<i>enoxaparin sodium</i>	67
<i>enskyce</i>	96
<i>entacapone</i>	51
<i>entecavir</i>	56
ENTRESTO	75
<i>enulose</i>	90
ENVARSUS XR	105
EPIDIOLEX	29
<i>epinephrine</i>	115
<i>epitol</i>	32

EPIVIR HBV	56
eplerenone	76
EPRONTIA	29
ERAXIS	39
ergocalciferol	108
ergoloid mesylates	33
ergotamine-caffeine	40
ERIVEDGE	46
ERLEADA	42
erlotinib hcl	46
errin	99
ertapenem sodium	26
ery-tab	27
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	27
erythrocine stearate	27
erythromycin	27, 86, 111
erythromycin base	27
erythromycin ethylsuccinate	27
erythromycin stearate	27
ESBRIET	117
escitalopram oxalate	35
esgic	80
esomeprazole magnesium	91
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg	91
estarylla	97
estazolam	119
estradiol	97
ethambutol hcl	41
ethosuximide	30
ethynodiol diac-eth estradiol	97
etodolac	17
etodolac er	17
etonogestrel-ethinyl estradiol	97
etravirine	57
EUCRISA	84
euthyrox	100
everolimus	46, 105
EVOTAZ	60
exemestane	45
EXKIVITY	43
ezetimibe	78
ezetimibe-simvastatin	78

F

famciclovir	56
famotidine	91
FANAPT	53
FANAPT TITRATION PACK	53
FARXIGA	62
FARYDAK	46
FASENRA	118
FASENRA PEN	118
febuxostat	40
felbamate	29
felodipine er	72
femynor	97
fenofibrate	77
fenofibrate micronized	77
fenofibric acid	77
fenopropfen calcium	17
fentanyl	18, 19
fentanyl citrate	19
FERRIPROX	88
FERRIPROX TWICE-A-DAY	88
FETZIMA	35
FETZIMA TITRATION	35
FIASP	65
FIASP FLEXTOUCH	65
FIASP PENFILL	65
finasteride	93
FINTEPLA	29
FIRMAGON	102
FIRMAGON (240 MG DOSE)	102
FIRVANQ	23
flac	113
flavoxate hcl	93
FLEBOGAMMA DIF	103
flecainide acetate	70
FLOVENT DISKUS	114
FLOVENT HFA	114
fluconazole	39
fluconazole in sodium chloride	39
flucytosine	39
fludrocortisone acetate	94
flunisolide	114
fluocinolone acetonide	84, 113
fluocinolone acetonide body	84
fluocinolone acetonide scalp	84

fluocinonide	84
fluocinonide emulsified base	84
fluorometholone	112
fluorouracil.....	85
fluoxetine hcl.....	35, 36
fluoxetine hcl (p added)	35
fluphenazine decanoate.....	52
fluphenazine hcl	52
flurazepam hcl	119
flurbiprofen	17, 112
flurbiprofen sodium.....	112
flutamide	42
fluticasone propionate	84, 115
fluticasone-salmeterol.....	118
fluvastatin sodium.....	77
fluvastatin sodium er	77
fluvoxamine maleate	36
fluvoxamine maleate er.....	36
FML.....	112
FML FORTE.....	112
FML LIQUIFILM.....	112
folic acid.....	89
fondaparinux sodium	67
FORTEO	109
FOSAMAX PLUS D.....	109
fosamprenavir calcium	60
fosaprepitant dimeglumine	38
fosinopril sodium	70, 75
fosinopril sodium-hctz	75
FOTIVDA.....	43
FRAGMIN	67
FREAMINE III	87
furosemide.....	76
FUZEON	59
FYCOMPA.....	29

G

gabapentin	31
GALAFOLD.....	92
galantamine hydrobromide.....	33
galantamine hydrobromide er	33
GAMMAGARD	103
GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	103
GAMMAKED	103
GAMMAPLEX.....	103

GAMUNEX-C.....	103
GARDASIL 9.....	107
gatifloxacin.....	111
GATTEX	90
GAUZE STERILE PADS	109
gavilyte-c	91
gavilyte-g	91
gavilyte-n with flavor pack	90
GAVRETO	46
GAZYVA	49
gemfibrozil	77
generlac	90
gengraf	105
gentamicin in saline.....	22
gentamicin sulfate	22, 111
GENVOYA	57
gianvi.....	97
GILENYA	82
GILOTRIF	46
glimepiride	62
glipizide	62, 63
glipizide er.....	62
glipizide xl.....	62, 63
glipizide-metformin hcl.....	63
GLUCAGEN HYPOKIT.....	65
glucagon emergency.....	65
GLUCAGON EMERGENCY.....	65
glyburide	63
glyburide micronized	63
glyburide-metformin	63
glycopyrrolate	90
glydo	21
GOCOVRI	51
GRALISE.....	81
granisetron hcl.....	38
griseofulvin microsize	39
guanfacine hcl er	80

H

hailey 1.5/30	97
hailey fe 1/20	97
halobetasol propionate	84
haloperidol	52
haloperidol decanoate	52
haloperidol lactate.....	52

HAVRIX	107	ILEVRO	112
<i>heather</i>	99	<i>imatinib mesylate</i>	46
HEMADY	94	IMBRUVICA.....	46
<i>heparin sodium (porcine)</i>	67	<i>imipenem-cilastatin</i>	26
<i>hepatamine</i>	87	<i>imipramine hcl</i>	37
HERCEPTIN HYLECTA	49	<i>imipramine pamoate</i>	37
HETLIOZ.....	119	<i>imiquimod</i>	85
HIBERIX	107	IMLYGIC	43
HUMIRA	105, 106	IMOVAX RABIES	107
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START.....	105	<i>incassia</i>	99
HUMIRA PEN	105, 106	INCRELEX	95
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	105, 106	<i>indapamide</i>	77
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START.....	106	<i>indomethacin</i>	17
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START.....	106	<i>indomethacin er</i>	17
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER.....	106	INFANRIX	107
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	65	INGREZZA	81
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	65	INLYTA.....	46
<i>hydralazine hcl</i>	78	INQOVI	43
<i>hydrochlorothiazide</i>	77	INREBIC	43
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	19, 20	INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN.....	65
<i>hydrocodone-homatropine</i>	118	INSULIN ASPART.....	65
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	20	INSULIN ASPART FLEXPEN	65
<i>hydrocortisone</i>	84, 85, 94, 108, 113	INSULIN ASPART PENFILL	65
<i>hydrocortisone (perianal)</i>	84	INSULIN ASPART PROT & ASPART	65
<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>	85	INSULIN PEN NEEDLE	109
<i>hydrocortisone butyrate</i>	84, 94	INSULIN SYRINGE.....	109
<i>hydrocortisone valerate</i>	84, 94	INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML.....	109
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	113	INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML.....	109
<i>hydromorphone hcl</i>	20	INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML.....	109
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	50	INTELENCE	57
<i>hydroxyurea</i>	43	INTRALIPID	87
<i>hydroxyzine hcl</i>	114	INTRAROSA.....	109
<i>hydroxyzine pamoate</i>	61	INTRON A.....	104
<i>hyoscyamine sulfate</i>	90	INVEGA HAFYERA.....	54
HYPERRAB S/D	103	INVEGA SUSTENNA	54
I			
<i>ibandronate sodium</i>	109	INVEGA TRINZA	54
IBRANCE.....	46	INVIRASE.....	60
<i>ibu</i>	17	INVOKAMET.....	63
<i>ibuprofen</i>	17	INVOKAMET XR	63
<i>ibuprofen-famotidine</i>	17	INVOKANA	63
<i>icatibant acetate</i>	103	IPOL	107
ICLUSIG	46	<i>ipratropium bromide</i>	115
IDHIFA.....	43	<i>ipratropium-albuterol</i>	118
		<i>irbesartan</i>	69, 75
		<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	75

IRESSA.....	46
ISENTRESS	57
ISENTRESS HD	57
<i>isibloom</i>	97
ISOLYTE-P IN D5W	87
ISOLYTE-S.....	87
<i>isoniazid</i>	41
ISOPTO ATROPINE	110
<i>isosorbide dinitrate</i>	78
<i>isosorbide mononitrate</i>	79
<i>isosorbide mononitrate er</i>	79
<i>isotretinoin</i>	83
<i>isradipine</i>	72
<i>itraconazole</i>	39
<i>ivermectin</i>	50, 86
IXIARO	107

J

JAKAFI	46
<i>jantoven</i>	67
JANUMET.....	63
JANUMET XR	63
JANUVIA.....	63
JARDIANCE.....	63
<i>jasmiel</i>	97
JEMPERLI	49
<i>jencycla</i>	99
JENTADUETO	63
JENTADUETO XR	63
JUBLIA.....	39
<i>juleber</i>	97
JULUCA	57
<i>junel 1.5/30</i>	97
<i>junel 1/20</i>	97
<i>junel fe 1/20</i>	97
JUXTAPID.....	78
JYNARQUE	88

K

KADCYLA	49
KALETRA	60
<i>kalliga</i>	97
KALYDECO.....	116
<i>kariva</i>	97
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	87

KCL IN DEXTROSE-NACL.....	87
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	89
KEDRAB.....	103
<i>kelnor 1/50</i>	97
<i>ketoconazole</i>	39
<i>ketoprofen</i>	17
<i>ketoprofen er</i>	17
<i>ketorolac tromethamine</i>	17, 112
KINRIX	107
KISQALI (200 MG DOSE)	46
KISQALI (400 MG DOSE)	46
KISQALI (600 MG DOSE)	46
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	43
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	43
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE)	43
<i>klor-con</i>	87
<i>klor-con 10</i>	87
<i>klor-con m10</i>	87
<i>klor-con m15</i>	87
<i>klor-con m20</i>	87
KORLYM.....	94
<i>kurvelo</i>	97

L

<i>labetalol hcl</i>	71
<i>lactulose</i>	90
<i>lactulose encephalopathy</i>	90
LAMICTAL XR.....	29
<i>lamivudine</i>	56, 58
<i>lamivudine-zidovudine</i>	58
<i>lamotrigine</i>	29
<i>lamotrigine er</i>	29
<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	29
<i>lamotrigine starter kit-green</i>	29
<i>lamotrigine starter kit-orange</i>	29
LANREOTIDE ACETATE.....	102
<i>lansoprazole</i>	91
<i>lansoprazole oral capsule delayed</i> <i>release 15 mg</i>	91
LANTUS.....	65
LANTUS SOLOSTAR.....	65
<i>lapatinib ditosylate</i>	46
<i>larin 1.5/30</i>	97
<i>larin 1/20</i>	97
<i>larin fe 1/20</i>	97

<i>latanoprost</i>	113	LINZESS.....	90
LATUDA	62	<i>liothyronine sodium</i>	101
<i>leflunomide</i>	106	<i>lisinopril</i>	70, 75
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	46	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	75
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	47	<i>lithium</i>	62
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	47	LITHIUM	62
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	47	<i>lithium carbonate</i>	62
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	47	<i>lithium carbonate er</i>	62
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	47	LITHOSTAT	93
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	47	LIVALO.....	77
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	47	<i>loestrin 1.5/30 (21)</i>	97
<i>letrozole</i>	45	<i>loestrin 1/20 (21)</i>	97
<i>leucovorin calcium</i>	50	<i>loestrin fe 1/20</i>	97
LEUKERAN	42	LOKELMA.....	89
LEUKINE	68	LONSURF.....	43
<i>leuprolide acetate</i>	102	<i>loperamide hcl</i>	90
<i>levabuterol hcl</i>	115	<i>lopinavir-ritonavir</i>	60
<i>levabuterol tartrate</i>	116	<i>lorazepam</i>	62
LEVEMIR.....	65, 66	<i>lorazepam intensol</i>	62
LEVEMIR FLEXTOUCH.....	66	LORBRENA.....	47
<i>levetiracetam</i>	29	<i>loryna</i>	97
<i>levetiracetam er</i>	29	<i>losartan potassium</i>	69, 75
<i>levobunolol hcl</i>	112	<i>losartan potassium-hctz</i>	75
<i>levocarnitine</i>	89	LOTEMAX.....	112
<i>levocarnitine sf</i>	89	LOTEMAX SM.....	112
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	114	<i>loteprednol etabonate</i>	112
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	114	<i>lovastatin</i>	77
<i>levofloxacin</i>	27, 111	<i>low-ogestrel</i>	97
<i>levofloxacin in d5w</i>	27	<i>loxapine succinate</i>	53
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	99	<i>lo-zumandimine</i>	97
<i>levora 0.15/30 (28)</i>	97	<i>lubiprostone</i>	90
<i>levo-t</i>	101	LUMAKRAS	43
<i>levothyroxine sodium</i>	101	LUMIGAN.....	113
<i>levoxyl</i>	101	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	102
LEXIVA	60	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	102
<i>lidocaine</i>	21	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	102
<i>lidocaine hcl</i>	21	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	102
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	21	LYBALVI.....	34
<i>lidocaine viscous hcl</i>	21	<i>lyleq</i>	100
<i>lidocaine-prilocaine</i>	21	LYNPARZA	47
<i>lillow</i>	97	LYSODREN	101
<i>lindane</i>	86	<i>lyza</i>	100
<i>linezolid</i>	23		
<i>linezolid in sodium chloride</i>	23		
		M	
		<i>magnesium sulfate</i>	87

maraviroc	59	methylprednisolone	94
marlissa	97	methyltestosterone	95
MARPLAN.....	35	metoclopramide hcl.....	38
MATULANE	42	metolazone	77
matzim la	73	metoprolol succinate er.....	71
MAVYRET.....	56	metoprolol tartrate	72
meclizine hcl	37	metoprolol-hydrochlorothiazide.....	75
meclofenamate sodium	18	metronidazole	23
medroxyprogesterone acetate	100	metronidazole in nacl.....	23
mefloquine hcl	50	metyrosine	75
megestrol acetate	100	mexiletine hcl	71
MEKINIST	47	micafungin sodium	39
MEKTOVI.....	47	miconazole 3.....	39
melodetta 24 fe	97	microgestin 1.5/30.....	97
meloxicam.....	18	microgestin 1/20.....	98
memantine hcl.....	33, 34	microgestin 24 fe.....	98
memantine hcl er	34	microgestin fe 1/20	98
MENACTRA	107	midodrine hcl	69
MENQUADFI.....	107	migergot	40
MENVEO	107	miglitol.....	64
meperidine hcl.....	20	miglustat	92
meprobamate	61	mili.....	98
mercaptopurine	43	minocycline hcl.....	28
meropenem	26	minoxidil	78
mesalamine.....	108	mirtazapine	34
mesalamine er	108	misoprostol.....	95
MESNEX	50	M-M-R II	107
metformin hcl.....	63, 64	modafinil	119
metformin hcl er.....	64	moexipril hcl.....	70
metformin hcl er (mod)	64	molindone hcl	53
metformin hcl er (osm)	64	mometasone furoate	94, 115
methadone hcl.....	18	mondoxyne nl	28
methazolamide	112	MONJUVI.....	49
methenamine hippurate	23	mono-lynyah.....	98
methimazole	102	montelukast sodium.....	115
methocarbamol	119	morphine sulfate	18, 20
methotrexate	106	morphine sulfate (concentrate).....	20
methotrexate sodium.....	106	morphine sulfate (pf)	20
methotrexate sodium (pf).....	106	morphine sulfate er.....	18
methoxsalen rapid.....	85	morphine sulfate er beads.....	18
methscopolamine bromide.....	90	MOVANTI K	90
methyl dopa	69	MOXEZA	111
methylphenidate hcl.....	80	moxifloxacin hcl	28, 111
methylphenidate hcl er	80	moxifloxacin hcl (2x day)	111
methylphenidate hcl er (cd)	80	moxifloxacin hcl in nacl.....	28

MULTAQ	71
<i>mupirocin</i>	86
<i>mupirocin calcium</i>	86
<i>mycophenolate mofetil</i>	106
<i>mycophenolate sodium</i>	106
<i>myorisan</i>	83
MYRBETRIQ.....	93
MYTESI	90

N

<i>nabumetone</i>	18
<i>nadolol</i>	72
<i>nafticillin sodium</i>	26
<i>naftifine hcl</i>	39
<i>naloxone hcl</i>	21
<i>naltrexone hcl</i>	21
NAMZARIC	33
<i>naproxen</i>	18
<i>naproxen sodium</i>	18
NARCAN	21
NATACYN.....	111
<i>nateglinide</i>	64
NATPARA	109
NAYZILAM	21
<i>nebivolol hcl</i>	72
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY.....	109
<i>nefazodone hcl</i>	36
<i>neomycin sulfate</i>	22
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	110
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	110
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	110
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	110, 113
<i>neo-polycin</i>	110
<i>neo-polycin hc</i>	110
NERLYNX	47
NEULASTA.....	68
NEUPOGEN	68
NEUPRO.....	51
<i>nevirapine</i>	58
NEVIRAPINE.....	58
<i>nevirapine er</i>	58
NEXAVAR	47
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	78
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	78
<i>niacor</i>	78

<i>nicardipine hcl</i>	72
NICOTROL	22
<i>nifedipine</i>	72
<i>nifedipine er</i>	72
<i>nifedipine er osmotic release</i>	72
<i>nikki</i>	98
<i>nilutamide</i>	42
<i>nimodipine</i>	72
NINLARO	43
<i>nisoldipine er</i>	72
<i>nitazoxanide</i>	50
<i>nitisinone</i>	92
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	23
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	23
<i>nitroglycerin</i>	79
<i>nizatidine</i>	91
NOCDURNA	95
<i>nora-be</i>	100
NORDITROPIN FLEXPEN.....	95
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	98
<i>norethindrone</i>	98, 100
<i>norethindrone acetate</i>	100
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	98
<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	98
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	98
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	98
<i>norlyda</i>	100
<i>norlyroc</i>	100
NORTHERA	69
<i>nortriptyline hcl</i>	37
NORVIR.....	60
NOVOLIN 70/30	66
NOVOLIN 70/30 RELION	66
NOVOLIN N	66
NOVOLIN N FLEXPEN.....	66
NOVOLIN N FLEXPEN RELION.....	66
NOVOLIN N RELION.....	66
NOVOLIN R	66
NOVOLIN R RELION	66
NOVOLOG	66
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION	66
NOVOLOG FLEXPEN.....	66
NOVOLOG FLEXPEN RELION	66
NOVOLOG MIX 70/30	66
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	66

NOVOLOG MIX 70/30 RELION.....	66
NOVOLOG PENFILL	66
NOVOLOG RELION	66
NOXAFIL	39
NUBEQA	42
NUCALA.....	118
NUEDEXTA.....	81
NUPLAZID	54
NUTRILIPID	87
<i>nyamyc</i>	39
<i>nystatin</i>	39, 85
<i>nystatin-triamcinolone</i>	85
<i>nystop</i>	39

O

OCTAGAM.....	103
<i>octreotide acetate</i>	102
ODEFSEY.....	58
ODOMZO.....	47
OFEV.....	117
<i>ofloxacin</i>	28, 111, 113
<i>ofloxacin ophth soln 0.3%</i>	111
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	113
<i>olanzapine</i>	34, 54
<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	34
<i>olmesartan medoxomil</i>	70, 75
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	75
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	76
<i>olopatadine hcl</i>	111, 114
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	78
<i>omeprazole</i>	91, 92
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>	91
<i>omeprazole oral tablet delayed release 20 mg</i>	92
OMNITROPE	95
<i>ondansetron</i>	38
<i>ondansetron hcl</i>	38
ONUREG.....	43
OPSUMIT	117
<i>oralone</i>	82
ORAVIG	39
ORFADIN	92
ORGOVYX.....	102
ORKAMBI.....	116

<i>orphenadrine citrate er</i>	119
<i>oseltamivir phosphate</i>	60
OSPHEA	100
OTEZLA.....	85, 104
<i>oxaliplatin</i>	43
<i>oxandrolone</i>	95
<i>oxaprozin</i>	18
<i>oxazepam</i>	62
<i>oxcarbazepine</i>	32
OXERVATE	110
<i>oxybutynin chloride</i>	93
<i>oxybutynin chloride er</i>	93
<i>oxycodone hcl</i>	20
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	20
<i>oxymorphone hcl</i>	20
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	64
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	64

P

<i>pacerone</i>	71
<i>paclitaxel</i>	43
PADCEV	49
<i>paliperidone er</i>	54
PANRETIN.....	50
<i>pantoprazole sodium</i>	92
<i>paricalcitol</i>	109
<i>paroex</i>	82
<i>paromomycin sulfate</i>	22
<i>paroxetine hcl</i>	36
<i>paroxetine hcl er</i>	36
<i>paroxetine mesylate</i>	36
PASER	41
PAXIL.....	36
PAZEO.....	111
PEDIARIX.....	107
PEDVAX HIB.....	107
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	90
<i>peg-3350/electrolytes</i>	91
PEGASYS.....	104
PEMAZYRE	47
<i>penicillamine</i>	93
<i>penicillin g potassium</i>	26
<i>penicillin g sodium</i>	26
<i>penicillin v potassium</i>	26
<i>pentamidine isethionate</i>	50

<i>pentazocine-naloxone hcl</i>	20	<i>potassium chloride 10 meq tab er</i>	87
<i>pentoxifylline er</i>	76	<i>potassium chloride 20 meq tab er</i>	88
PEPAXTO	42	<i>potassium chloride 8 meq cap er</i>	88
<i>perindopril erbumine</i>	70	<i>potassium chloride 8 meq tab er</i>	88
<i>periogard</i>	82	<i>potassium chloride crys 10 meq tab er</i>	88
<i>permethrin</i>	86	<i>potassium chloride crys 20 meq tab er</i>	88
<i>perphenazine</i>	34, 38	<i>potassium chloride crys er</i>	88
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	34	<i>potassium chloride in dextrose</i>	89
PERSERIS	54	<i>potassium chloride in nacl</i>	88
PEXEVA	36	<i>potassium citrate 10 meq (1080 mg) tab er</i>	88
<i>pfizerpen</i>	26	<i>potassium citrate 15 meq (1620 mg) tab er</i>	88
<i>phenelzine sulfate</i>	35	<i>potassium citrate 5 meq (540 mg) tab er</i> ..	88
<i>phenobarbital</i>	31	PRADAXA	68
<i>phenytoin</i>	32	PRALUENT	78
<i>phenytoin infatabs</i>	32	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	51
<i>phenytoin sodium extended</i>	32	<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	51
PHESGO	44	<i>prasugrel hcl</i>	69
PICATO	85	<i>pravastatin sodium</i>	77
PIFELTRO	58	<i>prazosin hcl</i>	69
<i>pilocarpine hcl</i>	82, 113	<i>prednicarbate</i>	94
<i>pimecrolimus</i>	84	<i>prednisolone</i>	94, 112
<i>pimozide</i>	53	PREDNISOLONE	112
<i>pimtrea</i>	98	<i>prednisolone acetate</i>	112
<i>pindolol</i>	72	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	94
<i>pioglitazone hcl</i>	64	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	112
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	64	<i>prednisone</i>	94
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	64	<i>pregabalin</i>	81
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	47	PREMARIN	98
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	47	PREMASOL	88
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	47	<i>prevalite</i>	78
<i>piroxicam</i>	18	PREVIDENT	82
PLASMA-LYTE 148	87	PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	82
PLASMA-LYTE A	87	PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	82
PLEGRIDY	82	PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	82
PLEGRIDY STARTER PACK	82	PREVIDENT 5000 PLUS	82
<i>plenamine</i>	87	PREVIDENT 5000 SENSITIVE	82
<i>podofilox</i>	85	<i>previfem</i>	98
POLIVY	49	PREVYMIS	56
<i>polycin</i>	110	PREZCOBIX	60
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	111	PREZISTA	60
POMALYST	42	PRIFTIN	41
<i>portia-28</i>	98	<i>primaquine phosphate</i>	50
<i>posaconazole</i>	40	<i>primidone</i>	31
<i>potassium chloride</i>	87, 88, 89		
<i>potassium chloride 10 meq cap er</i>	87		

PRIVIGEN.....	103
PROAIR HFA.....	116
PROAIR RESPICLICK.....	116
<i>probenecid</i>	40
PROCALAMINE.....	88
<i>prochlorperazine</i>	38
<i>prochlorperazine maleate</i>	38
PROCRIT.....	68
<i>procto-med hc</i>	84
<i>proctosol hc</i>	84
<i>proctozone-hc</i>	84
<i>progesterone</i>	100
PROGRAF.....	106
PROLASTIN-C	92
PROLENSA.....	112
PROLIA	109
PROMACTA	68
<i>promethazine hcl</i>	38, 114
<i>promethazine-codeine</i>	118
<i>promethazine-phenyleph-codeine</i>	118
<i>promethazine-phenylephrine</i>	118
<i>promethegan</i>	38
<i>propafenone hcl</i>	71
<i>propafenone hcl er</i>	71
<i>proparacaine hcl</i>	110
<i>propranolol hcl</i>	72
<i>propranolol hcl er</i>	72
<i>propylthiouracil</i>	102
PROQUAD.....	107
PROSOL.....	88
<i>protriptyline hcl</i>	37
PROVENTIL HFA.....	116
PULMOZYME	116
PURIXAN.....	43
<i>pyrazinamide</i>	41
<i>pyridostigmine bromide</i>	41
<i>pyridostigmine bromide er</i>	41
<i>pyrimethamine</i>	50

Q

QINLOCK	44
QUADRACEL.....	107
<i>quetiapine fumarate</i>	54, 55
<i>quetiapine fumarate er</i>	55
<i>quinapril hcl</i>	70

<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	76
<i>quinidine gluconate er</i>	71
<i>quinidine sulfate</i>	71
<i>quinine sulfate</i>	50

R

RABAVERT	107
<i>raloxifene hcl</i>	100
<i>ramelteon</i>	119
<i>ramipril</i>	70
<i>ranitidine hcl</i>	91
<i>ranolazine er</i>	76
<i>rasagiline mesylate</i>	52
RAVICTI.....	92
<i>reclipsen</i>	98
RECOMBIVAX HB.....	107
RECTIV	79
REGRANEX	85
<i>relafen</i>	18
RELENZA DISKHALER	60
<i>repaglinide</i>	64
REPATHA.....	78
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	78
REPATHA SURECLICK	78
RESTASIS.....	110
RESTASIS MULTIDOSE.....	110
RETACRIT	68
RETEVMO.....	44
RETROVIR.....	59
REVLIMID	42
REXULTI.....	55
REYATAZ	60
RHOPRESSA	113
RIABNI	49
<i>ribavirin</i>	56
<i>rifabutin</i>	41
<i>rifampin</i>	41
<i>riluzole</i>	81
<i>rimantadine hcl</i>	60
RINVOQ.....	106
<i>risedronate sodium</i>	109
RISPERDAL CONSTA.....	55
<i>risperidone</i>	55
<i>ritonavir</i>	60
RITUXAN.....	49

<i>rivastigmine</i>	33
<i>rivastigmine tartrate</i>	33
ROCKLATAN	110
<i>ropinirole hcl</i>	51
<i>rosadan</i>	23
<i>rosuvastatin calcium</i>	77
ROTARIX	107
ROTATEQ.....	107
<i>roweepira</i>	29
ROZLYTREK	44
RUBRACA	47
<i>rufinamide</i>	32
RUKOBIA.....	59
RYBELSUS	64
RYBREVANT	44
RYDAPT.....	47
RYLAZE.....	44
RYTARY	52

S

<i>sajazir</i>	103
SANTYL	85
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	92
SARCLISA	49
SAVELLA	81
SAVELLA TITRATION PACK.....	81
SCEMBLIX	47
<i>scopolamine</i>	38
SECUADO	55
<i>selegiline hcl</i>	52
<i>selenium sulfide</i>	84
SELZENTRY	59
SEMGLEE	66
SEREVENT DISKUS	116
<i>sertraline hcl</i>	36
<i>sevelamer carbonate</i>	89
<i>sharobel</i>	100
SHINGRIX.....	107
SIGNIFOR.....	102
<i>sildenafil citrate</i>	93, 117
<i>silodosin</i>	93
<i>silver sulfadiazine</i>	85
SIMBRINZA	113
<i>simliya</i>	98
<i>simvastatin</i>	77

<i>sirolimus</i>	106
SIRTURO	41
SKYRIZI.....	104
SKYRIZI (150 MG DOSE)	104
SOAANZ.....	76
<i>sodium chloride</i>	88
<i>sodium chloride solution 0.9% irrigation</i> ...	88
<i>sodium fluoride</i>	88
<i>sodium fluoride 2.2 mg</i>	88
<i>sodium phenylbutyrate</i>	92
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	89
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	56
<i>solifenacin succinate</i>	93
SOLQUA.....	64
SOLTAMOX.....	42
SOMATULINE DEPOT	102
SOMAVERT	102
<i>sorine</i>	71
<i>sotalol hcl</i>	71
<i>sotalol hcl (af)</i>	71
SPIRIVA HANDIHALER	115
SPIRIVA RESPIMAT	115
<i>spironolactone</i>	76, 77
<i>spironolactone-hctz</i>	76
SPRAVATO (56 MG DOSE)	34
SPRAVATO (84 MG DOSE)	34
<i>sprintec 28</i>	98
SPRITAM.....	29
SPRYCEL	48
<i>sps</i>	89
<i>ssd</i>	85
<i>stavudine</i>	59
STELARA.....	104
STERILE	109
STIOLTO RESPIMAT	118
STIVARGA	48
<i>streptomycin sulfate</i>	22
STRIBILD.....	57
<i>subvenite</i>	30
<i>subvenite starter kit-blue</i>	30
<i>subvenite starter kit-green</i>	30
<i>subvenite starter kit-orange</i>	30
<i>sucralfate</i>	91
<i>sulfacetamide sodium</i>	28, 111
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	28

<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	110
<i>sulfadiazine</i>	28
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	28
<i>sulfasalazine</i>	108
<i>sulindac</i>	18
<i>sumatriptan</i>	41
<i>sumatriptan succinate</i>	41
<i>sumatriptan succinate refill</i>	41
<i>sunitinib malate</i>	48
SUPRAX.....	25
SUPREP BOWEL PREP KIT.....	90
SUTENT	48
SYMBICORT	118
SYMDEKO	116
SYMJEPI	116
SYMLINPEN 120	64
SYMLINPEN 60	64
SYMPAZAN	31
SYMTUZA	60
SYNAREL.....	102
SYNDROS.....	38
SYNJARDY	64
SYNJARDY XR.....	64
SYNRIBO	44
SYNTHROID.....	101

T

TABLOID	43
TABRECTA	44
<i>tacrolimus</i>	85, 106
<i>tadalafil</i>	93
TAFINLAR.....	48
TAGRISSO.....	48
TAKHZYRO	103
TALZENNA	48
<i>tamoxifen citrate</i>	42
<i>tamsulosin hcl</i>	93
TARGRETIN	50
<i>tarina fe 1/20</i>	98
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	98
TASIGNA.....	48
<i>tazarotene</i>	83
<i>tazicef</i>	25
TAZICEF.....	25
<i>tazicef 1 gm inj recon soln</i>	25

<i>tazicef 1 gm iv recon soln</i>	25
<i>tazicef 2 gm inj recon soln</i>	25
<i>tazicef 2 gm iv recon soln</i>	25
TAZICEF 6 GM INJ RECON SOLN	25
TAZORAC	83
<i>taztia xt</i>	73
TAZVERIK.....	44
TDVAX.....	107
TECENTRIQ.....	49, 50
TECFIDERA	82
TEFLARO	25
TEGSEDI	92
TEKURNA HCT	76
<i>telmisartan</i>	70, 76
<i>telmisartan-amlodipine</i>	76
<i>telmisartan-hctz</i>	76
<i>temazepam</i>	119
TEMIXYS	59
<i>tencon</i>	81
TENIVAC	107
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	59
TEPMETKO.....	48
<i>terazosin hcl</i>	69
<i>terbinafine hcl</i>	40
<i>terconazole</i>	40
TERIPARATIDE (RECOMBINANT)	109
<i>testosterone</i>	96
<i>testosterone cypionate</i>	96
<i>testosterone enanthate</i>	96
<i>tetrabenazine</i>	81
<i>tetracycline hcl</i>	28
THALOMID	42
<i>theophylline</i>	116, 117
<i>theophylline er</i>	117
<i>thioridazine hcl</i>	53
<i>thiothixene</i>	53
<i>tiadylt er</i>	73, 74
<i>tiagabine hcl</i>	32
TIBSOVO	48
<i>tigecycline</i>	23
TIGLUTIK	81
<i>timolol maleate</i>	72, 112
<i>tinidazole</i>	23
TIVICAY	57
TIVICAY PD	57

<i>tizanidine hcl</i>	56	<i>tri-estarylla</i>	98
TOBI PODHALER.....	116	<i>trifluoperazine hcl</i>	53
TOBRADEX.....	110	<i>trifluridine</i>	56
TOBRADEX ST	110	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	51
<i>tobramycin</i>	22, 111, 116	<i>tri-linyah</i>	98
<i>tobramycin sulfate</i>	22	<i>tri-lo-estarylla</i>	99
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	111	<i>tri-lo-marzia</i>	99
TOBEX	111	<i>tri-lo-mili</i>	99
<i>tolcapone</i>	51	<i>tri-lo-sprintec</i>	99
<i>tolterodine tartrate er</i>	93	<i>trimethoprim</i>	23
<i>tolvaptan</i>	88	<i>tri-mili</i>	99
<i>topiramate</i>	30	<i>trimipramine maleate</i>	37
<i>topiramate er</i>	30	TRINTELLIX	36
<i>toremifene citrate</i>	42	<i>tri-nymyo</i>	99
<i>toremide</i>	76	<i>tri-previfem</i>	99
TOUJEO MAX SOLOSTAR	66	<i>tri-sprintec</i>	99
TOUJEO SOLOSTAR	66	TRIUMEQ	59
TPN ELECTROLYTES	89	<i>tri-vylibra</i>	99
TRACLEER	117	<i>tri-vylibra lo</i>	99
TRADJENTA	65	TRODELVY	109
<i>tramadol hcl</i>	19, 20	TROKENDI XR.....	30
<i>tramadol hcl er</i>	19	TROPHAMINE	88
<i>tramadol hcl er (biphasic)</i>	19	TRULICITY	65
<i>tramadol-acetaminophen</i>	20	TRUMENBA.....	107
<i>trandolapril</i>	70, 76	TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE)	48
<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	76	TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE)	48
<i>tranexamic acid</i>	68	TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE)	48
<i>tranylcypromine sulfate</i>	35	TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE)	48
TRAVASOL.....	88	TRUVADA.....	59
TRAVATAN Z.....	113	TUKYSA.....	48
<i>travoprost (bak free)</i>	113	<i>tulana</i>	100
<i>trazodone hcl</i>	36	TURALIO	48
TRECTOR	41	TWINRIX.....	107
TRELEGY ELLIPTA	118	TYBOST	59
TRELSTAR MIXJECT	102	TYMLOS.....	109
TRESIBA	67	TYPHIM VI.....	108
TRESIBA FLEXTOUCH	67		
<i>tretinoin</i>	50, 83	U	
TREXALL	106	UBRELVY	40
<i>tri femynor</i>	98	UCERIS	108
<i>triamcinolone acetonide</i>	82, 85	UDENYCA	68
<i>triamterene-hctz</i>	76	UKONIQ	48
<i>triazolam</i>	119	ULORIC	40
<i>triderm</i>	85	<i>unithroid</i>	101
<i>trientine hcl</i>	88	UPTRAVI.....	117

ursodiol..... 91

V

valacyclovir hcl..... 56, 57
VALCHLOR..... 42
valganciclovir hcl 56
valproic acid..... 30
valsartan 70, 76
valsartan-hydrochlorothiazide 76
VALTOCO 10 MG DOSE..... 32
VALTOCO 15 MG DOSE..... 32
VALTOCO 20 MG DOSE..... 32
VALTOCO 5 MG DOSE..... 32
vancomycin hcl..... 23
VANCOMYCIN HCL 24
VANDAZOLE 24
VAQTA 108
VARENICLINE TARTRATE 22
VARIVAX 108
VARIZIG 103
VARUBI (180 MG DOSE) 38
VASCEPA 78
VELPHORO 89
VELTASSA 89
VENCLEXTA 48
VENCLEXTA STARTING PACK 48
venlafaxine hcl 36, 37
venlafaxine hcl er 36, 37
VENTOLIN HFA 116
verapamil hcl 74
verapamil hcl er 74
VERSACLOZ 56
VERZENIO 48
VESICARE 93
VICTOZA..... 65
vigabatrin 32
vigadrone 32
VIIBRYD..... 37
VIIBRYD STARTER PACK 37
VIMPAT 33
viorele 99
VIRACEPT 60
VIREAD 59
vitamin d (ergocalciferol) 109
VITRAKVI..... 48, 49

VIZIMPRO..... 49
volnea 99
voriconazole 40
VOTRIENT 49
VRAYLAR 55
vylibra 99
VYZULTA..... 113

W

warfarin sodium..... 68
WELIREG 44
wixela inhub..... 118
wymzya fe..... 99

X

XALKORI 49
XARELTO 68
XARELTO STARTER PACK 68
XATMEP 106
XCOPRI..... 30
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)..... 30
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)..... 30
XERMELO 90
XGEVA..... 109
XIFAXAN 24
XIGDUO XR..... 65
XIIDRA 111
XOFLUZA (40 MG DOSE) 60
XOFLUZA (80 MG DOSE) 61
XOLAIR..... 104
XOSPATA 49
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)..... 44
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)..... 44
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)..... 44
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)..... 44
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)..... 44
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)..... 44
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)..... 45
XTANDI..... 42
XULTOPHY..... 65
XURIDEN 92
XYREM 119

Y

YF-VAX..... 108

yuvafem..... 99

Z

zafirlukast 115

zaleplon 119

ZARXIO 68

zebutal 81

ZEJULA 49

ZELBORAF 49

zenatane 83

ZENPEP 92

zenzedi 79

ZEPZELCA 42

zidovudine 59

ziprasidone hcl55

ziprasidone mesylate55

ZIRGAN56

ZOLINZA.....45

zolpidem tartrate 119

zolpidem tartrate er 119

zonisamide33

ZORTRESS 106

ZULRESSO.....35

ZYDELIG 49

ZYKADIA 49

ZYLET 111

ZYNLONTA50

ZYPREXA RELPREVV55

Multi-language Interpreter Services / Servicios de Intérprete Multilingüe

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Kreyòl Ayisyen (French Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

繁體中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500)。

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-336-2069 (ATS: 1-877-206-0500).

Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-336-2069 (телетайп: 1-877-206-0500).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-336-2069 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-877-206-0500).

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500) 번으로 전화해 주십시오.

Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

ગુજરાતી (Gujarati) સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા છો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

ภาษาไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).



1.877.336.2069 | 1.877.206.0500 / TTY:711

9250 West Flagler Street, Suite 600. Miami, FL 33174
www.HealthSun.com

Medicare^{Rx}
Prescription Drug Coverage ^{Rx}

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

LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.

HPMS Approved Formulary File Submission ID 22310, Version Number 12

This formulary was updated on 03/16/2022. For more recent information or other questions, please contact HealthSun Health Plans Member Services at 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500), Monday through Friday from 8 am to 8 pm (closed on federal holidays) and we are open seven days a week during October 1 to March 31 from 8 am to 8 pm (closed Thanksgiving and Christmas Days), or visit www.healthsun.com. Este formulario se actualizó el 03/16/2022. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con HealthSun Health Plans, Servicios al Cliente, al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500), de lunes a viernes de 8 am a 8 pm (cerramos los días feriados federales) y durante el 1 de octubre hasta el 31 de marzo estamos abiertos siete días a la semana de 8 am a 8 pm (cerramos el Día de Acción de Gracias y en Navidad), o visite www.healthsun.com.

Every year, Medicare evaluates plans based on a 5-star rating system. Star rating is for contract years 2018, 2019, 2020, 2021 and 2022. Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas. La calificación de estrellas es para los años de contrato 2018, 2019, 2020, 2021 y 2022.