



Central Health Medi-Medi Plan I (HMO D-SNP)

un plan Medi-Cal de Medicare

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos o Formulario) para 2025

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

HPMS Approved Formulary File Submission ID, 00025316 Version Number, 15.

Este formulario se actualizó el 07/01/2025.

Para obtener la información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local o visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocido como la *Lista de medicamentos*). Le indica qué medicamentos recetados están cubiertos por Central Health Medi-Medi Plan I. La *Lista de medicamentos* también le indica si hay políticas o restricciones especiales sobre los medicamentos cubiertos por Central Health Medi-Medi Plan I. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Tabla de contenidos

A. Exenciones de responsabilidad	3
B. Preguntas frecuentes (FAQ)	10
B1. ¿Qué medicamentos recetados se encuentran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Llamamos a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> “ <i>Lista de medicamentos</i> ”).	10
B2. ¿Se modifica alguna vez la <i>Lista de medicamentos</i> ?	11
B3. ¿Qué ocurre cuando hay un cambio en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	12
B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de los medicamentos o pasos necesarios que se deben seguir para obtener ciertos medicamentos?	13
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que necesito tiene límites o si tengo que seguir algunos pasos necesarios para obtenerlo?	14
B6. ¿Qué ocurre si Central Health Medi-Medi Plan I cambia sus políticas sobre la cobertura de algunos medicamentos (por ejemplo, si cambia condiciones como la autorización previa, los límites de cantidad o las restricciones en la terapia escalonada)?	14
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	14
B8. ¿Qué ocurre si el medicamento que necesito tomar no está incluido en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	15
B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Central Health Medi-Medi Plan I y no puedo encontrar mi medicamento en la <i>Lista</i> o tengo problemas para obtener mi medicamento?	15
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento?	16
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	17

 **Si tiene alguna pregunta**, llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

B12. ¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una excepción?	17
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	17
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	18
B15. ¿Cubre Central Health Medi-Medi Plan I productos OTC no farmacológicos?	18
B16. ¿Cubre Central Health Medi-Medi Plan I los suministros de recetas médicas a largo plazo?	18
B17. ¿Puede enviar mi farmacia local los medicamentos recetados a mi hogar?	18
B18. ¿Cuál es mi copago?	18
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	19
C1. Lista de medicamentos por enfermedad.....	20
D. Índice de Medicamentos Cubiertos	98

A.Exenciones de responsabilidad

Esta es una Lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en *Central Health Medi-Medi Plan I*.

- ❖ Siempre puede revisar la *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada de Central Health Medi-Medi Plan I en <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> o por teléfono al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita.
- ❖ Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema braille, en audio o en letra grande. Llame al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.
- ❖ Central Health Medi-Medi Plan I es un HMO/HMO SNP con contrato de Medicare. La inscripción en Central Health Medi-Medi Plan I depende de la renovación del contrato.
- ❖ Central Health Medi-Medi Plan I cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de sexo, raza, color de piel, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Para ayudarle a comunicarse con nosotros, Central Health Medi-Medi Plan I proporciona los siguientes servicios sin costo alguno y de manera oportuna:

- Central Health Medi-Medi Plan I proporciona modificaciones razonables y ayuda y servicios apropiados a las personas con discapacidades. Estas incluyen: (1) Intérpretes calificados. (2) Materiales escritos en otros formatos, como en letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles, sistema braille.
- Central Health Medi-Medi Plan I proporciona servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen un nivel básico de inglés. Estas incluyen: (1) Intérpretes de idiomas calificados. (2) Información traducida a su idioma.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Central Health Medi-Medi Plan I al 1-800-665-3086 o TTY/TDD: 711.

Si considera que le hemos discriminado por edad, color, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo, puede presentar una queja. Puede realizar un reclamo en persona, o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para realizar un reclamo, le ayudaremos. Puede obtener información sobre nuestro procedimiento de quejas en nuestro sitio web: <https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx>, o puede llamar al Coordinador de Derechos Civiles al 1-866-606-3889, TTY/TDD: 711 o enviar su queja a:

 **Si tiene alguna pregunta,** llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

Civil Rights Unit
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
Correo electrónico: civil.rights@molinahealthcare.com
sitio web: <https://molinahealthcare.Alertline.com>

También puede realizar un reclamo sobre derechos civiles ante la U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, en línea a través del Portal de Reclamos de la Office for Civil Rights en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en
<https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

También puede presentar una queja por derechos civiles ante el California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Teléfono: 916-440-7370 (o marque 711 para utilizar el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones)
Correo electrónico: CivilRights@dhcs.ca.gov

Los formularios de quejas están disponibles en
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx



NOTICE OF AVAILABILITY

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-866-314-2427 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-866-314-2427 (TTY: 711). These services are free.

انتبه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-866-314-2427 (يمكن لمستخدمي "TTY" الاتصال على الرقم: 711). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بخط برail والمطبوعة بحروف كبيرة. اتصل على الرقم 1-866-314-2427 (يمكن لمستخدمي "TTY" الاتصال على الرقم: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒԾԱՂՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե օգնության կարիք ունեք Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են բրայլի գրերով և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要语言方面的帮助，请拨打 1-866-314-2427 (TTY: 711)。也为艾滋病人和残障人士服务，提供如盲文版和大字体印刷版文件。请拨打 1-866-314-2427 (TTY: 711)。上述服务免费。

Si tiene alguna pregunta, llame a Central Health Medicare Plan al [(800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>



07/01/2025

ਪਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-866-314-2427 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕੱਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਥੋੜ੍ਹੇ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼,

ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-866-314-2427 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕੱਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਧਾਨ ਦੇਂ: ਯਦਿ ਆਪਕੇ ਅਪਨੀ ਭਾਸ਼ਾ ਮੌਜੂਦਾ ਸਹਾਇਤਾ ਚਾਹਿਏ, ਤਾਂ 1-866-314-2427 (TTY: 711) ਪਰ ਕੱਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਗਾਂ ਦੇ ਲਿਏ ਸਹਾਇਕ ਧੰਨਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਏ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ, ਜੈਂਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼। 1-866-314-2427 (TTY: 711) ਪਰ ਕੱਲ ਕਰੋ। ਯੇ ਸੇਵਾਏ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

TSEEM CEEB: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, hu rau 1-866-314-2427 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua hom ntawv su thiab ua ntawv luam loj. Hu rau 1-866-314-2427 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog muab pub dawb xwb.

注：母国語でのサポートが必要な場合は、1-866-314-2427 (TTY: 711)までお問い合わせください。点字や大きな文字で印刷された書類など、障害のある方向けのサポートやサービスもご利用いただくことが可能です。1-866-314-2427 (TTY: 711)までお問い合わせください。これらは全て無料でご利用いただけます。

주의: 해당 언어로 도움이 필요한 경우 1-866-314-2427 (TTY: 711)번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 글씨로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-866-314-2427 (TTY: 711)번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

ខ្លះគឺនឹងត្រូវការគុណភាពជាមួយពេលបែងបាន ខាងក្រោម និង 1-866-314-2427 (TTY: 711). នៅក្នុងនេះ មិនមែនជាប័ណ្ណទំនាក់ទំនង នៅអាជីវការ សំរាប់គ្មាន ឡើង ដែលមានចំណាំថាបានបំផុត និង ស្ថិតិយាយ នៅក្នុងពេលបែងបាន និង 1-866-314-2427 (TTY: 711). ការបំផុតនេះមិនមែនផ្តល់ជាបន្ទីរ នៅក្នុងពេលបែងបាន និង 1-866-314-2427 (TTY: 711).

CAU FIM JANGX LONGX: Se gorngv meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac, douc waac lorz 1-866-314-2427 (TTY: 711. Ninh mbuo mbenc duqv maaih jaa-dorngx aengx caux gong-bou jau-louc tengx ziux gouw waaic fangx mienh, dorh sou zoux benx braille, nqaapv bieqc domh zei-linh. Douc waac lorz 1-866-314-2427 (TTY: 711. Naaiv deix gong-bou jau-louc benx wangv-henh tengx hnangv oc.

Si tiene alguna pregunta, llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de

octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

ស្រុមយកចិត្តទុកដាក់
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាការសារបស់អ្នក
ស្រុមទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-314-2427 (TTY: 711)។ ជំនួយ
និងសេវាគម្ពស់ម្មាប់ជនពិភាក្សា ផ្តល់ជាលក្ខាហក្សាយស្ថាប
និងការណោះពុម្ពជាហក្សាយជំក៉ែនជាបន្ទូលជនដៃរ។
ស្រុមទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-314-2427 (TTY: 711)
សេវាគម្ពស់នេះផ្តល់ជាយកតាតគិតថ្មី។

توجه: اگر نیازمند کمک به زبان خودتان هستید، با شماره 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک و خدمات برای افراد توانخواه، مانند اسناد به زبان بریل و با حروف درشت نیز در دسترس هستند. با شماره 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

ВНИМАНИЕ! Если вам необходима помощь на родном языке, позвоните по номеру 1-866-314-2427 (TTY (телефайп): 711). Также доступны вспомогательные приспособления и услуги для лиц с инвалидностью, например документы, набранные шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Позвоните по номеру 1-866-314-2427 (TTY (телефайп): 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-866-314-2427 (TTY: 711). También se ofrecen servicios y asistencia para personas con discapacidad, como documentos en braille y con letra grande. Llame al 1-866-314-2427 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-866-314-2427 (TTY: 711). Available rin ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-866-314-2427 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

เรียน: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทร 1-866-314-2427 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับคนพิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ อีกด้วย โปรดโทร 1-866-314-2427 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ฟรี

УВАГА: Щоб отримати допомогу вашою мовою, зателефонуйте за номером 1-866-314-2427 (телефайп: 711). Також доступні допоміжні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, наприклад, документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-866-314-2427 (телефайп: 711). Ці послуги безкоштовні.

LƯU Ý: Nếu quý vị cần được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, xin hãy gọi theo số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Phương tiện trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu viết chữ nổi braille và bản in khổ lớn, cũng có sẵn. Xin hãy gọi theo số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Những dịch vụ này đều miễn phí.

Si tiene alguna pregunta, llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

- ❖ Este documento se encuentra disponible de forma gratuita en español, árabe, armenio, camboyano, chino (simplificado o tradicional), persa, hmong, coreano, ruso, tagalo y vietnamita.
- ❖ Usted puede pedir que le enviemos siempre información en el idioma o formato que necesite. A esto se le llama una “solicitud permanente”. Llame al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Un representante de Servicios para Miembros puede ayudarle a realizar o cambiar una solicitud permanente. Llevaremos un registro de su solicitud permanente para que así no tenga que hacer solicitudes por separado cada vez que le enviemos información.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

Encuentre las respuestas a las preguntas que tenga sobre la *Lista de medicamentos cubiertos*. Puede leer las preguntas frecuentes para obtener más información, o bien buscar una pregunta y ver su respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados se encuentran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Llamamos a la *Lista de medicamentos cubiertos* “*Lista de medicamentos*”).

Los medicamentos que se encuentran en la *Lista de medicamentos cubiertos* que comienza en la sección C1 son los medicamentos cubiertos por Central Health Medi-Medi Plan I (HMO D-SNP). Estos medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red. Una farmacia está incluida dentro de nuestra red si tenemos un contrato para trabajar con ellos y ofrecerle los servicios. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

Otros medicamentos, como algunos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite la página web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su tarjeta de identificación de beneficiario de Medi-Cal (BIC) cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.

- Central Health Medi-Medi Plan I cubrirá todos los medicamentos médicamente necesarios incluidos en la *Lista de medicamentos* si se cumplen las siguientes condiciones:
 - Su médico u otra persona que le receta indica que los necesita para mejorar o mantenerse saludable.
 - Central Health Medi-Medi Plan I está de acuerdo con que el medicamento es médicalemente necesario para usted, y

- surte la receta médica en las farmacias de la red de Central Health Medi-Medi Plan I.
- En algunos casos, deberá seguir pasos adicionales para obtener un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

También puede ver una lista actualizada de los medicamentos que tienen cobertura en nuestro sitio web en <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

B2. ¿Se modifica alguna vez la *Lista de medicamentos*?

Sí, y Central Health Medi-Medi Plan I debe seguir las políticas de Medicare y Medi-Cal cuando realiza cambios. Durante el año, podemos agregar o eliminar medicamentos a la *Lista de medicamentos*.

También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir si exigir o no una autorización previa para adquirir algún medicamento. (Una autorización previa es el permiso otorgado por Central Health Medi-Medi Plan I antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Añadir o cambiar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (llamado límites de cantidad).
- Añadir o cambiar restricciones de terapia progresiva con respecto a un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted podría tener que probar un medicamento antes que cubramos otro medicamento).

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

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto **al principio** del año, generalmente no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- Se incorpore al mercado un nuevo medicamento más económico y que sea tan efectivo como alguno de los medicamentos que se encuentran en la *Lista de medicamentos* actual.
- nos enteramos de que un medicamento no es seguro, o
- Un medicamento es retirado del mercado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

Las preguntas B3 y B6 a continuación contienen más información sobre lo que ocurre cuando se modifica la *Lista de medicamentos*.

- Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos* actualizada del Plan I de Central Health Medi-Medi en línea en <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>. Las actualizaciones de la *Lista de medicamentos* se publican en el sitio web mensualmente.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, para consultar la *Lista de medicamentos* actual.

B3. ¿Qué ocurre cuando hay un cambio en la *Lista de medicamentos*?

Algunos cambios a la *Lista de medicamentos* serán **inmediatos**. Por ejemplo:

- **Sustituciones de ciertas nuevas versiones de medicamentos.** Si reemplazamos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* por ciertas versiones nuevas, retiraremos inmediatamente los medicamentos anteriores, y aun así, el costo por el nuevo medicamento será de \$0. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener en la lista el medicamento de marca registrada o el producto biológico original, pero cambiar las políticas o los límites de cobertura.
 - Es posible que no le avisemos antes de efectuar el cambio, pero le enviaremos información sobre los cambios específicos que hagamos cuando esto ocurra.
 - Podemos hacer estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando:
 - es una nueva versión genérica de un medicamento de marca registrada, o
 - es una nueva versión biosimilar de los productos biológicos originales en la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que se pueda sustituir por un producto biológico original sin una nueva receta).
 - Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la Sección B14.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a esos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede tomar para una excepción. Consulte las preguntas de la B10 a la B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Un medicamento es retirado del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dice que un medicamento que usted está tomando no es seguro ni efectivo o el fabricante del medicamento retira un medicamento del mercado, podemos retirarlo inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si está

tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. Hable con su médico u otra persona que le receta para encontrar una alternativa que sea segura para usted.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le diremos con anticipación acerca de estos otros cambios a la *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca registrada de la *Lista de medicamentos* al agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, o
- eliminamos un producto biológico original al agregar uno biosimilar, o
- cambiamos las normas o los límites de cobertura para el medicamento de marca registrada.

Cuando estos cambios se efectúen, realizaremos lo siguiente:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de implementar el cambio en la *Lista de medicamentos* o
- Le avisaremos y le proporcionaremos un suministro de medicamentos de 31 días después de que solicite una renovación.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que le receta. Esa persona podrá ayudarle a decidir lo siguiente:

- si hay algún otro medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar.
- Si debe pedir una excepción a estos cambios. Para conocer más sobre las excepciones, consulte las preguntas de la B10 a la B12.

B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de los medicamentos o pasos necesarios que se deben seguir para obtener ciertos medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen políticas de cobertura o límites en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted, su médico u otro recetador deben hacer algo antes de que pueda obtener el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa:** En el caso de algunos medicamentos, usted, su médico u otra persona que le receta debe obtener una autorización de Central Health Medi-Medi

Si tiene alguna pregunta, llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

Plan I antes de surtir la receta. Una autorización previa es diferente a una remisión. Es posible que Central Health Medi-Medi Plan I no cubra el medicamento si usted no obtiene una autorización previa.

- **Límites de cantidades:** En ocasiones, Central Health Medi-Medi Plan I limita la cantidad de un medicamento que puede recibir.
- **Terapia escalonada:** A veces, Central Health Medi-Medi Plan I le solicita que realice terapia escalonada. Esto significa que tendrá que probar medicamentos en un orden determinado para el tratamiento de su enfermedad. Tendrá que probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si su recetador cree que el primer medicamento no funciona para tratar su enfermedad, entonces cubriremos el segundo.

Puede ver si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales si consulta las tablas de la sección C1. También puede obtener más información en nuestro sitio web en <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>. Publicamos documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede pedirnos que le envíemos una copia.

Puede solicitar una excepción a estos límites. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que le receta. Esta persona le podrá ayudar a decidir si hay algún otro medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que usted pueda tomar en su lugar o si tiene que solicitar una excepción. Consulte las preguntas de la B10 a la B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que necesito tiene límites o si tengo que seguir algunos pasos necesarios para obtenerlo?

La Lista de medicamentos por enfermedad incluye una tabla con una columna llamada “Pasos necesarios, restricciones o límites de uso”.

B6. ¿Qué ocurre si Central Health Medi-Medi Plan I cambia sus políticas sobre la cobertura de algunos medicamentos (por ejemplo, si cambia condiciones como la autorización previa, los límites de cantidad o las restricciones en la terapia escalonada)?

En algunos casos, le notificaremos con anticipación si agregamos o cambiamos las condiciones sobre la autorización previa, los límites de cantidad o las restricciones en la terapia progresiva de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso previo y las situaciones en las que es posible que no le notifiquemos con anticipación los cambios de las políticas sobre los medicamentos de la *Lista de medicamentos*.

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

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

- Puede buscar alfabéticamente, o

- Puede buscar por enfermedad.

Para buscar **alfabéticamente**, diríjase al Índice de la sección Medicamentos Cubiertos. Puede encontrarlo en la sección D.

Para buscar **por enfermedad**, busque la sección C1 llamada “Lista de Medicamentos por enfermedad”. Los medicamentos de esta sección se agrupan en categorías según el tipo de enfermedades que tratan. Por ejemplo, si tiene una enfermedad cardíaca, debe buscar en la categoría Cardiovascular. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan las enfermedades cardíacas.

B8. ¿Qué ocurre si el medicamento que necesito tomar no está incluido en la *Lista de medicamentos*?

Si no encuentra el medicamento en la *Lista de medicamentos*, llame al Departamento de Servicios para Miembros al at (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, para obtener información. Si le informan que Central Health Medi-Medi Plan I no cubrirá el medicamento, puede tomar alguna de las siguientes medidas:

- Solicitar al *Departamento de Servicios para Miembros* una lista de medicamentos que sean similares al que debe tomar. Luego, muestre la lista a su médico o persona que le receta. Esta persona le puede recetar un medicamento que sea similar al que necesita tomar y que se encuentre en la *Lista de medicamentos*. **O bien,**
- Puede solicitarle a Central Health Medi-Medi Plan I que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas de la B10 a la B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Central Health Medi-Medi Plan I y no puedo encontrar mi medicamento en la *Lista* o tengo problemas para obtener mi medicamento?

Podemos ayudarle. Podemos cubrir el suministro temporal de 31 días de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en Central Health Medi-Medi Plan I. Esto le dará tiempo para hablar con su médico o la persona que le receta. Esta persona le podrá ayudar a decidir si hay algún otro medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que usted pueda tomar en su lugar o si tiene que solicitar una excepción.

Si la receta médica está escrita para menos días, permitiremos varias renovaciones hasta proveer un máximo de 31 días del medicamento.

Cubriremos un suministro de 31 días del medicamento si se encuentra en una de las siguientes situaciones:

Si tiene alguna pregunta, llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.



- Usted toma un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*, o
- Nuestras normas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad solicitada por la persona que le receta, o
- se requiere una autorización previa por parte de Central Health Medi-Medi Plan I para obtener el medicamento, o
- está tomando un medicamento sujeto a una restricción de terapia escalonada.

Si está tomando un medicamento que Central Health Medi-Medi Plan I no considera un medicamento de la Parte D, el medicamento no está en la Lista de medicamentos, y tiene problemas para obtener el medicamento, es posible que esté cubierto a través de Medi-Cal Rx. Si un medicamento excluido de la Parte D requiere una excepción y tiene una emergencia, Medi-Cal Rx admitirá un suministro del medicamento en no menos de 72 horas. Visite la página web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su Medi-Cal BIC cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.

Podemos ayudarle si se encuentra en una residencia para ancianos o en otro centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos*, o si no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita. Si usted ha estado en el plan durante más de 90 días, reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato, tomaremos las siguientes medidas:

- Cubriremos un suministro de 31 días del medicamento que necesite (a menos que tenga una receta médica por menos días), independientemente de si es un miembro nuevo de Central Health Medi-Medi Plan I.
- Esto es además del suministro temporal durante los primeros 90 días de su membresía en Central Health Medi-Medi Plan I.

Central Health Medi-Medi Plan I proporcionará un resurtido temporal de, al menos, 31 días (a menos que la receta médica se emita por menos de un suministro de 31 días o que la receta médica se dispense por un monto menor que el escrito debido a los límites de cantidad para fines de seguridad o las ediciones de utilización de medicamentos en función del etiquetado aprobado del producto, en cuyo caso Central Health Medi-Medi Plan I permitirá varias renovaciones para proporcionar un total de hasta 31 días de medicamentos) en un entorno de atención a largo plazo en cualquier momento durante los primeros 90 días de la inscripción del miembro a partir de la fecha de cobertura vigente del inscrito.

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento?

Sí. Puede solicitarle a Central Health Medi-Medi Plan I una excepción para que cubra un medicamento que no esté incluido en la *Lista de medicamentos*.

También puede solicitarnos que cambiamos las políticas de su medicamento.

- Por ejemplo, Central Health Medi-Medi Plan I puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede solicitar que cambiemos el límite y se otorgue más cobertura.
- Otros ejemplos: Puede solicitar que quitemos las restricciones de la terapia escalonada o los requisitos de autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Si desea solicitar una excepción, llame al *Departamento de Servicios para Miembros*. Un representante del Departamento de Servicios para Miembros trabajará con usted y con su médico para solicitar una excepción. También puede leer el **Capítulo 9**, sección G2, del *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una excepción?

Después de que obtengamos una declaración de la persona que le receta que respalde su solicitud de una excepción, le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas. Su médico u otra persona que le receta puede enviarnos la declaración de respaldo al (866) 290-1309. También puede comunicárnoslo por teléfono y, luego, enviar la declaración por fax o por correo postal.

Envíe la declaración del recetador a:
Central Health Medicare Plan
Attn: Pharmacy Department
7050 S Union Park Center, Suite 600
Midvale, Utah 84107

Si usted o la persona que le receta considera que su salud podría verse afectada por esperar 72 horas para recibir la resolución, puede solicitar una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si la persona que le receta respalda su solicitud, le informaremos de la resolución dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la declaración de apoyo de la persona que le receta.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que los medicamentos de marca registrada. Por lo general, cuestan menos que el medicamento de marca registrada y, en general, funcionan igual de bien. Por lo general, no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Food and Drug Administration (FDA). Existen medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca registrada. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por medicamentos de marca registrada en la farmacia sin una nueva receta, según las leyes estatales.

Central Health Medi-Medi Plan I cubre medicamentos de marca registrada y medicamentos genéricos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

Cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Para más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el **Capítulo 5 del Manual del Miembro**.

B15. ¿Cubre Central Health Medi-Medi Plan I productos OTC no farmacológicos?

Central Health Medi-Medi Plan I cubre algunos productos no farmacológicos OTC cuando los receta su proveedor.

Puede consultar la *Lista de medicamentos* de Central Health Medi-Medi Plan I para averiguar qué productos no farmacológicos OTC están cubiertos.

B16. ¿Cubre Central Health Medi-Medi Plan I los suministros de recetas médicas a largo plazo?

- **Programas de pedidos por correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener hasta 100 días de suministro de medicamentos recetados directamente enviados a su hogar. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.
- **Programas de Farmacias Minoristas (suministros de 100 días).** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer un suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados cubiertos. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.

B17. ¿Puede enviar mi farmacia local los medicamentos recetados a mi hogar?

Es posible que su farmacia local pueda enviarle sus medicamentos recetados a su hogar. Puede llamar a su farmacia para averiguar si ofrecen el servicio de entrega a domicilio.

B18. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de Central Health Medi-Medi Plan I tienen acceso a los medicamentos recetados, los medicamentos OTC y los productos no farmacológicos si el miembro cumple con las normas del

plan. Consulte las preguntas B15 y B16 para obtener más información sobre medicamentos y productos no farmacológicos OTC.

Las categorías son grupos de medicamentos en la misma *Lista de medicamentos*.

- Los medicamentos de genéricos de Categoría 1 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos de marca registrada de Categoría 1 tienen un copago de \$0.

Ningún nivel tiene copago.

Los medicamentos OTC tienen un copago de \$0.

Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

En la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, se le ofrece información sobre los medicamentos cubiertos por Central Health Medi-Medi Plan I. Si tiene problemas para encontrar el medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la sección D. En el índice se enumeran alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por Central Health Medi-Medi Plan I.

Otros medicamentos, como algunos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite la página web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su tarjeta de identificación de beneficiario de Medi-Cal (BIC) cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.

Apelaciones a la Parte D

- Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si usted cree que cometimos un error.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted necesita ya no está cubierto por Medicare o Medi-Cal.
- Si usted o su recetador no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

Si tiene alguna pregunta, llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

- También puede leer el **Capítulo 9** del *Manual del Miembro* para aprender cómo apelar una decisión.
- Los medicamentos que no son medicamentos de la Parte D tienen políticas diferentes para las apelaciones.

C1. Lista de medicamentos por enfermedad

Los medicamentos de esta sección se agrupan en categorías según el tipo de enfermedades que tratan. Por ejemplo, si tiene una afección médica, debe buscar en la categoría Cardiovascular. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan las enfermedades cardíacas.

A continuación, se indican los significados de los códigos que se utilizan en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”:

PA = autorización previa (prior authorization) (aprobación): debe obtener una aprobación para recibir este medicamento.

QL = Límites de Cantidad (Quantity Limits): la cantidad de medicamento que cubrirá el plan.

ST = Criterios de Terapia Escalonada (Step Therapy Criteria): debe probar otro medicamento antes de obtener este.

NM = Pedido sin Envío (Non-Mail Order): este medicamento no se puede adquirir por correo.

B/D = este medicamento puede estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, según las circunstancias.

LA = (Limited Access Drug) Medicamento de Acceso Limitado: es posible que este medicamento solo esté disponible en algunas farmacias.

_ = Medicamentos no Incluidos en la Parte D o artículos OTC cubiertos por Medicaid.

NDS = (Non-Extended Days Supply) Suministro sin extensión de días: se limitará la cantidad de días de suministro que puede recibir.

En la primera columna de la tabla, se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos aparecen en minúscula cursiva (por ejemplo, *metformina hcl*), los medicamentos de marca registrada en mayúscula (por ejemplo, JANUVIA TABS.). La información de la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso” le indica si Central Health Medi-Medi Plan I tiene alguna norma para cubrir su medicamento.

MOLINA_CY25_1T_SNP_PMOD eff 07/01/2025

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
------------------	------------------	----------------------------

ANALGESICS**GOUT**

<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	1	
<i>colchicine</i> CAPS .6mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>colchicine</i> TABS .6mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	1	
<i>MITIGARE</i> CAPS .6mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>probenecid</i> TABS 500mg	1	

MISCELLANEOUS

<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	1	B/D
---	---	-----

NSAIDS

<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	1	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	1	
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	1	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	1	
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml; TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	1	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	1	
<i>naproxen</i> TBEC 375mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>naproxen dr</i> TBEC 500mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	1	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	1	
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	1	

OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING

<i>buprenorphine</i> PTWK 5mcg/hr, 7.5mcg/hr, 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr	1	QL (4 patches / 28 days), PA
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr, 87.5mcg/hr, 100mcg/hr	1	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 100mg, 120mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml	1	QL (450 mL / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml	1	QL (90 mL / 30 days), PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
OXYCONTIN T12A 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen w/ codeine soln</i> 120-12 mg/5ml	1	QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-15 mg	1	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-30 mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-60 mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	1	
<i>endocet tab</i> 2.5-325mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 5-325mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 7.5-325mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 10-325mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen soln</i> 7.5-325 mg/15ml	1	QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 5-325 mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 7.5-325 mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 10-325 mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i> 7.5-200 mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> LIQD 1mg/ml	1	QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	1	B/D
<i>morphine sulfate</i> SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 100mg/5ml	1	QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> TABS 15mg, 30mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>nalbuphine hcl</i> SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	1	
<i>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml	1	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 2.5-325 mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 5-325 mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 7.5-325 mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 10-325 mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>tramadol hcl</i> TABS 50mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab</i> 37.5-325 mg	1	QL (240 tabs / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ANTI-INFECTIVES		
ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS		
<i>albendazole</i> TABS 200mg	1	NDS, QL (672 tabs / year), PA
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	1	
<i>ARIKAYCE</i> SUSP 590mg/8.4ml	1	NDS, NM, PA
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	1	QL (300 mL / 30 days), PA
<i>aztreonam</i> SOLR 1gm, 2gm	1	
<i>CAYSTON</i> SOLR 75mg	1	NDS, NM, PA
<i>clindamycin hcl</i> CAPS 75mg, 150mg, 300mg	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> SOLR 75mg/5ml	1	
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	1	
<i>CLINDMYC/NAC INJ</i> 300/50ML	1	
<i>CLINDMYC/NAC INJ</i> 600/50ML	1	
<i>CLINDMYC/NAC INJ</i> 900/50ML	1	
<i>colistimethate sodium</i> SOLR 150mg	1	
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	1	
<i>DAPTOMYCIN</i> SOLR 350mg	1	NDS
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	1	NDS
<i>EMVERM</i> CHEW 100mg	1	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 0.8 mg/ml	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1 mg/ml	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.2 mg/ml	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.6 mg/ml	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 2 mg/ml	1	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 250 mg	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 500 mg	1	
<i>IMPAVIDO</i> CAPS 50mg	1	NDS, PA
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	1	QL (12 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	1	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid</i> TABS 600mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	1	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	1	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	1	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	1	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	1	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	1	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	1	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	1	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	1	
<i>polymyxin b sulfate</i> SOLR 500000unit	1	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	1	
<i>pyrimethamine</i> TABS 25mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	1	NDS
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	1	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> 200-40 mg/5ml	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 400-80 mg	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 800-160 mg	1	
<i>tinidazole</i> TABS 250mg, 500mg	1	
TOBI PODHALER CAPS 28mg	1	NDS, NM, PA
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	1	NDS, NM, PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	1	
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	1	
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	1	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	1	QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 1.25gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	1	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	1	
VANCOMYCIN INJ 500MG	1	
VANCOMYCIN INJ 750MG	1	
ANTIFUNGALS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	1	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	1	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	1	NDS, B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	1	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	1	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	1	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	1	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	1	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	1	PA
<i>micafungin sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	1	
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	1	
<i>posaconazole</i> SUSP 40mg/ml	1	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	1	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies after a 90 day supply in a calendar year
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg	1	PA
<i>voriconazole</i> SUSR 40mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 28 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	1	QL (480 tabs / 30 days)
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
ANTIMALARIALS		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 62.5-25 mg	1	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 250-100 mg	1	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>COARTEM TAB</i> 20-120MG	1	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	1	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	1	
<i>PRIMAQUINE PHOSPHATE</i> TABS 26.3mg	1	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	1	PA
ANTIRETROVIRAL AGENTS		
<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml; TABS 300mg	1	NM
<i>APTVUS</i> CAPS 250mg	1	NDS, NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	1	NM
<i>darunavir</i> TABS 600mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>darunavir</i> TABS 800mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>EDURANT</i> TABS 25mg	1	NDS, NM
<i>efavirenz</i> TABS 600mg	1	NM

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	1	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	1	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	1	NDS, NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	1	NDS, NM
FUZEON SOLR 90mg	1	NDS, NM
INTELENCE TABS 25mg	1	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	1	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	1	NDS, NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	1	NDS, NM
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	1	NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	1	NDS, NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	1	NM
NORVIR PACK 100mg	1	NM
PIFELTRO TABS 100mg	1	NDS, NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml	1	NDS, QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TABS 75mg	1	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	1	NDS, NM
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	1	NM
RUKOBIA TB12 600mg	1	NDS, NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml	1	NDS, NM
SUNLENCA TABS 300mg; TBPK 300mg	1	NDS, NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	1	NM
TIVICAY TABS 10mg	1	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	1	NDS, NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	1	NDS, NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	1	NDS, NM
TYBOST TABS 150mg	1	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	1	NDS, NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	1	NDS, NM
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	1	NM

ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS

<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	1	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	1	NDS, NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	1	NDS, NM
CIMDUO TAB 300-300	1	NDS, NM
COMPLERA TAB	1	NDS, NM
DELSTRIGO TAB	1	NDS, NM
DESCOVY TAB 120-15MG	1	NDS, NM

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
DESCOVY TAB 200/25MG	1	NDS, NM
DOVATO TAB 50-300MG	1	NDS, NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	1	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	1	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	1	NM
EVOTAZ TAB 300-150	1	NDS, NM
GENVOYA TAB	1	NDS, NM
JULUCA TAB 50-25MG	1	NDS, NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	1	NM
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	1	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	1	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	1	NM
ODEFSEY TAB	1	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 800-150	1	NDS, NM
STRIBILD TAB	1	NDS, NM
SYMTUZA TAB	1	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	1	NM
TRIUMEQ TAB	1	NDS, NM
ANTITUBERCULAR AGENTS		
cycloserine CAPS 250mg	1	NDS
ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg	1	
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg</i>	1	
PRIFTIN TABS 150mg	1	
pyrazinamide TABS 500mg	1	
rifabutin CAPS 150mg	1	
rifampin CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg	1	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	1	NDS, NM, PA
TRECATOR TABS 250mg	1	
ANTIVIRALS		
<i>acyclovir CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium SOLN 50mg/ml</i>	1	B/D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	1	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	1	NDS, NM, ST
<i>entecavir</i> TABS .5mg, 1mg	1	NM
EPCLUSUSA PAK 150-37.5	1	NDS, NM, PA
EPCLUSUSA PAK 200-50MG	1	NDS, NM, PA
EPCLUSUSA TAB 200-50MG	1	NDS, NM, PA
EPCLUSUSA TAB 400-100	1	NDS, NM, PA
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	1	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	1	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	1	NDS, NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	1	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 45-200MG	1	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	1	NDS, NM, PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	1	NM
LIVTENCITY TABS 200mg	1	NDS, QL (336 tabs / 28 days), NM, PA
MAVYRET PAK 50-20MG	1	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	1	NDS, NM, PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	1	QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	1	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	1	QL (1080 mL / year)
PAXLOVID PAK	1	QL (22 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 150-100	1	QL (40 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 300-100	1	QL (60 tabs / 90 days)
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	1	QL (6 inhalers / year)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	1	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	1	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	1	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	1	NDS
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	1	
VOSEVI TAB	1	NDS, NM, PA
XOFLUZA TBPK 40mg, 80mg	1	QL (1 tab / 180 days)
CEPHALOSPORINS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	1	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	1	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	1	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	1	
<i>cefazin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	1	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%	1	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	1	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	1	
<i>cefotetan disodium</i> SOLR 1gm, 2gm	1	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	1	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	1	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	1	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	1	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	1	NDS

ERYTHROMYCINS/MACROLIDES

<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 600mg	1
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	1
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	1
e.e.s. 400 TABS 400mg	1
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	1
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	1
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	1

FLUOROQUINOLONES

<i>ciprofloxacin</i> 200 mg/100ml in d5w	1
<i>ciprofloxacin</i> 400 mg/200ml in d5w	1
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg	1
<i>levofloxacin</i> in d5w iv soln 250 mg/50ml	1

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl TABS 400mg</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	1	
PENICILLINS		
<i>amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	1	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	1	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	1	
<i>BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml</i>	1	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	1	
<i>nafcillin sodium SOLR 10gm</i>	1	NDS
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	1	
<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	1	
<i>penicillin g sodium SOLR 5000000unit</i>	1	
<i>penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>pfizerpen SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	1	
TETRACYCLINES		
<i>doxy 100 SOLR 100mg</i>	1	
<i>doxycycline (monohydrate) CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg</i>	1	
<i>minocycline hcl CAPS 50mg, 75mg, 100mg</i>	1	
<i>NUZYRA SOLR 100mg</i>	1	NDS, NM
<i>NUZYRA TABS 150mg</i>	1	NDS, QL (30 tabs / 14 days), NM
<i>tetracycline hcl CAPS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>tigecycline SOLR 50mg</i>	1	NDS
ANTINEOPLASTIC AGENTS		
ALKYLATING AGENTS		
<i>BENDAMUSTINE HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml</i>	1	NDS, B/D, NM
<i>BENDEKA SOLN 100mg/4ml</i>	1	NDS, B/D, NM
<i>carboplatin SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml</i>	1	B/D
<i>cisplatin SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml</i>	1	B/D
<i>cyclophosphamide CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg</i>	1	B/D
<i>CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml</i>	1	NDS, B/D, NM
<i>CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml</i>	1	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide SOLR 2gm</i>	1	NDS, B/D
<i>CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg</i>	1	B/D
<i>CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml</i>	1	NDS, B/D
<i>FRINDOVYX SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml</i>	1	NDS, B/D, NM
<i>GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg</i>	1	NM

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
GLEOSTINE CAPS 100mg	1	NDS, NM
LEUKERAN TABS 2mg	1	NDS
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	1	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 100mg	1	NDS, B/D
VIVIMUSTA SOLN 100mg/4ml	1	NDS, B/D, NM
ANTIMETABOLITES		
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	1	NDS, B/D, NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	1	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	1	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	1	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	1	NDS, QL (5 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 15-6.14	1	NDS, QL (100 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 20-8.19	1	NDS, QL (80 tabs / 28 days), NM, PA
<i>mercaptopurine</i> SUSP 2000mg/100ml	1	NDS, NM
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	1	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	1	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	1	NDS, QL (14 tabs / 28 days), NM, PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	1	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	1	NDS, NM
TABLOID TABS 40mg	1	NDS
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>abiraterone acetate</i> TABS 500mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>abirtega</i> TABS 250mg	1	QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 50/500MG	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 100/500	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	1	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	1	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	1	NM, PA
ERLEADA TABS 60mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ERLEADA TABS 240mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
EULEXIN CAPS 125mg	1	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	1	
FIRMAGON SOLR 80mg	1	NM, PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	1	NDS, NM, PA
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	1	NDS, B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	1	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	1	NM, PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	1	NDS, NM, PA
LYSODREN TABS 500mg	1	NDS, NM
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	1	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	1	NDS
NUBEQA TABS 300mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ORGOVYX TABS 120mg	1	NDS, NM, PA
ORSERDU TABS 86mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
ORSERDU TABS 345mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	1	NDS
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	1	PA
XTANDI CAPS 40mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 40mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 80mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	1	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 50mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 100mg	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
bexarotene CAPS 75mg	1	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
doxorubicin hcl SOLN 2mg/ml	1	B/D
doxorubicin hcl liposomal SUSP 2mg/ml	1	NDS, B/D
hydroxyurea CAPS 500mg	1	
irinotecan hcl SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	1	B/D
IWILFIN TABS 192mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
MATULANE CAPS 50mg	1	NDS, NM
tretinoin (chemotherapy) CAPS 10mg	1	NDS
WELIREG TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA

MITOTIC INHIBITORS

docetaxel CONC 20mg/ml	1	B/D
docetaxel CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	NDS, B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	NDS, B/D
DOCIVYX SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	NDS, B/D, NM
etoposide SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	1	B/D
paclitaxel CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	1	B/D
paclitaxel inj 100mg	1	NDS, B/D, NM
vincristine sulfate SOLN 1mg/ml	1	B/D
vinorelbine tartrate SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	1	B/D

MOLECULAR TARGET AGENTS

ALECensa CAPS 150mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TABS 30mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG PAK	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUGTYRO CAPS 40mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
AUGTYRO CAPS 160mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BALVERSA TABS 3mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TABS 4mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
BALVERSA TABS 5mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg	1	NM, PA
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	1	NDS, NM, PA
BOSULIF CAPS 50mg	1	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
BOSULIF CAPS 100mg	1	NDS, QL (150 caps / 25 days), NM, PA
BOSULIF TABS 100mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
BOSULIF TABS 400mg, 500mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
BRUKINSA CAPS 80mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
CALQUENCE CAPS 100mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
CALQUENCE TABS 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TABS 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TABS 300mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
COMETRIQ KIT 100MG	1	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COMETRIQ KIT 140MG	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	1	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COTELLIC TABS 20mg	1	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
DANZITEN TABS 71mg, 95mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
<i>dasatinib</i> TABS 20mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>dasatinib</i> TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
DAURISMO TABS 25mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
DAURISMO TABS 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ERIVEDGE CAPS 150mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 2mg	1	NDS, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 5mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
FRUZAQLA CAPS 1mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
FRUZAQLA CAPS 5mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
GAVRETO CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
<i>gefitinib</i> TABS 250mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
GILOTTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
GOMEKLI CAPS 1mg	1	NDS, QL (168 caps / 28 days), NM, PA
GOMEKLI CAPS 2mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
GOMEKLI TBSO 1mg	1	NDS, QL (168 tabs / 28 days), NM, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	1	NDS, NM, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	1	NDS, NM, PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	1	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
IMBRUICA CAPS 70mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUICA CAPS 140mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUICA SUSP 70mg/ml	1	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, PA
IMBRUICA TABS 140mg, 280mg, 420mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IMKELDI SOLN 80mg/ml	1	NDS, QL (280 mL / 28 days), NM, PA
INLYTA TABS 1mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
INLYTA TABS 5mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
INREBIC CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ITOVEBI TABS 3mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
ITOVEBI TABS 9mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 50mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	1	NDS, B/D, NM
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	1	NDS, NM, PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	1	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 200 PAK FEMARA	1	NDS, QL (49 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	1	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	1	NDS, QL (70 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	1	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	1	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 10mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 25mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
KRAZATI TABS 200mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
lapatinib ditosylate TABS 250mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
LAZCLUZE TABS 80mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
LAZCLUZE TABS 240mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 14 MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 18 MG	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 24 MG	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LORBRENA TABS 25mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
LORBRENA TABS 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 120mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 240mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 320mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	1	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml	1	NDS, QL (1260 mL / 30 days), NM, PA
MEKINIST TABS 2mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
MEKINIST TABS .5mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
MEKTOVI TABS 15mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
MONJUVI SOLR 200mg	1	NDS, NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NERLYNX TABS 40mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	1	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA
ODOMZO CAPS 200mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
OGIVRI SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
OGSIVEO TABS 50mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
OJEMDA SUSR 25mg/ml	1	NDS, QL (96 mL / 28 days), NM, PA
OJEMDA TABS 100mg	1	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
<i>pazopanib hcl</i> TABS 200mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PHESGO SOL	1	NDS, NM, PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
QINLOCK TABS 50mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO CAPS 40mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
RETEVMO CAPS 80mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 80mg, 120mg, 160mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 25mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 110mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 160mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REZLIDHIA CAPS 150mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ROMVIMZA CAPS 14mg, 20mg, 30mg	1	NDS, QL (8 caps / 28 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 200mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK PACK 50mg	1	NDS, QL (336 packets / 28 days), NM, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
RYDAPT CAPS 25mg	1	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 20mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 40mg	1	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 100mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
STIVARGA TABS 40mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TAFINLAR TBSO 10mg	1	NDS, QL (900 tabs / 30 days), NM, PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .25mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAPS 50mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
TAZVERIK TABS 200mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	1	NDS, NM, PA
TECENTRIQ INJ HYBREZA	1	NDS, QL (1 vial / 21 days), NM, PA
TEPMETKO TABS 225mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
TIBSOVO TABS 250mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
torpenz TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	1	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, PA
TRUQAP TBPK 160mg, 200mg	1	NDS, QL (4 packs / 28 days), NM, PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	1	NDS, NM, PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
TURALIO CAPS 125mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 10mg	1	QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 50mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 100mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VENCLEXTA TAB START PK	1	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 25mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 100mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	1	NDS, QL (300 mL / 30 days), NM, PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
VONJO CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VORANIGO TABS 10mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
VORANIGO TABS 40mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 20mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 150mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
XOSPATA TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPK 10mg	1	NDS, QL (16 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg	1	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) TBPK 40mg	1	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) TBPK 60mg	1	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg	1	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg	1	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg	1	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) TBPK 50mg	1	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ZELBORA TABS 240mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	1	NDS, NM, PA
ZOLINZA CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ZYKADIA TABS 150mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA

PROTECTIVE AGENTS

leucovorin calcium SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	1	B/D
leucovorin calcium TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	1	
mesna TABS 400mg	1	NDS
MESNEX TABS 400mg	1	NDS

CARDIOVASCULAR

ACE INHIBITOR COMBINATIONS

amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg	1	QL (30 caps / 30 days)
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg	1	QL (30 caps / 30 days)
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg	1	QL (30 caps / 30 days)
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg	1	QL (30 caps / 30 days)
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg	1	QL (30 caps / 30 days)
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg	1	QL (30 caps / 30 days)
benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg	1	
benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<u>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</u>	1	
<u>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</u>	1	
<u>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</u>	1	
<u>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</u>	1	
<u>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</u>	1	
<u>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</u>	1	
<u>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</u>	1	
<u>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</u>	1	
<u>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</u>	1	
<u>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</u>	1	
<u>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</u>	1	
<u>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</u>	1	
<u>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</u>	1	
ACE INHIBITORS		
<u>benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</u>	1	
<u>captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg</u>	1	
<u>enalapril maleate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg</u>	1	
<u>fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg</u>	1	
<u>lisinopril TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</u>	1	
<u>moexipril hcl TABS 7.5mg, 15mg</u>	1	
<u>perindopril erbumine TABS 2mg, 4mg, 8mg</u>	1	
<u>quinapril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</u>	1	
<u>ramipril CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg</u>	1	
<u>trandolapril TABS 1mg, 2mg, 4mg</u>	1	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS		
<u>eplerenone TABS 25mg, 50mg</u>	1	
<u>KERENDIA TABS 10mg, 20mg</u>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<u>spironolactone TABS 25mg, 50mg, 100mg</u>	1	
ALPHA BLOCKERS		
<u>doxazosin mesylate TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg</u>	1	
<u>prazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg</u>	1	
<u>terazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg</u>	1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS		
<u>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</u>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<u>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</u>	1	QL (30 tabs / 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ENTRESTO CAP 6-6MG</i>	1	QL (240 caps / 30 days)
<i>ENTRESTO CAP 15-16MG</i>	1	QL (240 caps / 30 days)
<i>ENTRESTO TAB 24-26MG</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>ENTRESTO TAB 49-51MG</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>ENTRESTO TAB 97-103MG</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 320mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 150mg/3ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 200mg, 400mg</i>	1	
<i>disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg</i>	1	
<i>dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	1	NM
<i>flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg</i>	1	
<i>MULTAQ TABS 400mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pacerone TABS 100mg, 200mg, 400mg</i>	1	
<i>propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg</i>	1	
<i>quinidine sulfate TABS 200mg, 300mg</i>	1	
<i>sotalol hcl TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg</i>	1	
<i>sotalol hcl (afib/afl) TABS 80mg, 120mg, 160mg</i>	1	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg</i>	1	
<i>fenofibrate micronized CAPS 67mg, 134mg, 200mg</i>	1	
<i>gemfibrozil TABS 600mg</i>	1	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin TABS 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>simvastatin TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS		
<i>cholestyramine PACK 4gm; POWD 4gm/dose</i>	1	
<i>cholestyramine light PACK 4gm; POWD 4gm/dose</i>	1	
<i>colesevelam hcl PACK 3.75gm; TABS 625mg</i>	1	
<i>colestipol hcl GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm</i>	1	
<i>ezetimibe TABS 10mg</i>	1	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>NEXLETOL TABS 180mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>NEXLIZET TAB 180/10MG</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>niacin (antihyperlipidemic) TBCR 500mg, 750mg, 1000mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	1	PA
<i>prevalite PACK 4gm; POWD 4gm/dose</i>	1	
<i>REPATHA SOSY 140mg/ml</i>	1	NM, PA
<i>REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml</i>	1	NM, PA
<i>REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml</i>	1	NM, PA
<i>VASCEPA CAPS .5gm, 1gm</i>	1	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	1	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	1	
BETA-BLOCKERS		
<i>acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg</i>	1	
<i>atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>betaxolol hcl TABS 10mg, 20mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg</i>	1	
<i>carvedilol TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg</i>	1	
<i>labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>metoprolol succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>nebivolol hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl</i> TABS 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	1	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	1	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	1	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	1	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	1	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	1	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	1	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	1	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	1	
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	1	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 120mg, 180mg, 200mg, 240mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml; TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	1	
DIURETICS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	1	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	1	
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	1	
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	1	
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>torsemide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	1	
MISCELLANEOUS		
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	1	
<i>clonidine</i> PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	1	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	
<i>CORLANOR</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (450 mL / 30 days)
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	1	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	1	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>ivabradine hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	1	NDS, NM, PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	1	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	1	
<i>VERQUVO</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
NITRATES		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	1	
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	
<i>NITRO-BID</i> OINT 2%	1	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SOLN .4mg/spray; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION		
<i>alyq</i> TABS 20mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>OPSUMIT</i> TABS 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	1	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>treprostинil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	1	NDS, NM, PA
CENTRAL NERVOUS SYSTEM		
ANTIANXIETY		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	1	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	1	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 4mg/ml, 20mg/10ml	1	
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	1	QL (150 mL / 30 days)
ANTIDEMENTIA		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	1	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	1	QL (200 mL / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg	1	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i> <i>titration pack</i>	1	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10</i> <i>mg</i>	1	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10</i> <i>mg</i>	1	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10</i> <i>mg</i>	1	
<i>NAMZARIC CAP 7-10MG</i>	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NAMZARIC CAP 14-10MG	1	
NAMZARIC CAP 21-10MG	1	
NAMZARIC CAP 28-10MG	1	
NAMZARIC CAP PACK	1	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	1	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	1	QL (60 caps / 30 days)
ANTIDEPRESSANTS		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	1	
AUVELITY TAB 45-105MG	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	1	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TB24 300mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	1	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	1	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg	1	QL (60 caps / 30 days)
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	1	NDS, QL (30 patches / 30 days), PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP TITRATIO	1	QL (2 packs / year), PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg; SOLN 20mg/5ml	1	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	
MARPLAN TABS 10mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 30mg, 45mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	1	
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg; SOLN 10mg/5ml	1	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	1	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
RALDESY SOLN 10mg/ml	1	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	1	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	1	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg; TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	1	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg	1	NDS, QL (28 caps / 14 days), NM, PA
ZURZUVAE CAPS 30mg	1	NDS, QL (14 caps / 14 days), NM, PA
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	1	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	1	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	1	
<i>entacapone TABS 200mg</i>	1	
<i>INBRIJA CAPS 42mg</i>	1	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg</i>	1	
<i>rasagiline mesylate TABS .5mg, 1mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>	1	
<i>selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg</i>	1	PA; PA applies if 70 years and older
ANTIPSYCHOTICS		
<i>ABILIFY ASIMTUFI PRSY 720mg/2.4ml, 960mg/3.2ml</i>	1	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
<i>ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg</i>	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
<i>ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg</i>	1	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>ariPIPRAZOLE SOLN 1mg/ml</i>	1	QL (900 mL / 30 days)
<i>ariPIPRAZOLE TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ariPIPRAZOLE TBDP 10mg, 15mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml</i>	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
<i>ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml</i>	1	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
<i>ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml</i>	1	NDS
<i>asenapine maleate SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg</i>	1	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>chlorpromazine hcl CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	1	
<i>clozapine TABS 25mg, 50mg</i>	1	
<i>clozapine TABS 100mg</i>	1	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine TABS 200mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>clozapine TBDP 12.5mg, 25mg</i>	1	PA
<i>clozapine TBDP 100mg</i>	1	QL (270 tabs / 30 days), PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	1	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA
COBENFY CAP 50-20MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY CAP 100-20MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY CAP 125-30MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY STRT CAP PACK	1	NDS, QL (2 packs / year), PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT PAK	1	QL (2 packs / year), PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	1	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	1	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	1	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	1	NDS, QL (1 injection / 180 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	1	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	1	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl</i> TABS 80mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 5-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 10-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 15-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 20-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NUPLAZID CAPS 34mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
NUPLAZID TABS 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	1	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
OPIPZA FILM 2mg, 5mg	1	NDS, QL (30 films / 30 days), PA
OPIPZA FILM 10mg	1	NDS, QL (90 films / 30 days), PA
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	1	
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	1	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 300mg, 400mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	1	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	1	QL (120 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	1	QL (90 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone microspheres</i> SRER 12.5mg, 25mg	1	QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 37.5mg, 50mg	1	NDS, QL (2 injections / 28 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	1	NDS, QL (30 patches / 30 days)
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	1	QL (6 injections / 3 days)
ANTISEIZURE AGENTS		
APTIOM TABS 200mg, 400mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTIOM TABS 600mg, 800mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg, 200mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	1	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBDP 2mg	1	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	1	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	1	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT CAPS 500mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 250mg	1	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	1	
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml	1	QL (240 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
DILANTIN CAPS 30mg	1	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	1	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 30 days), NM, PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	1	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	1	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	1	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml; TABS 400mg, 600mg	1	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	1	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	1	NDS, QL (720 mL / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 2mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg	1	QL (360 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg	1	QL (270 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml	1	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	1	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml	1	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg; TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	1	ST
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	1	
LEVETIRACETAM TB3D 250mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	1	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	1	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	1	
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	1	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	1	QL (10 nasal units per 30 days)
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	1	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	1	QL (1500 mL / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	1	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	1	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	1	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	1	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	QL (120 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg	1	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>primidone</i> TABS 50mg, 125mg, 250mg	1	
<i>roweepra</i> TABS 500mg	1	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	1	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg	1	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 400mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), PA
SPRITAM TB3D 250mg	1	QL (360 tabs / 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SPRITAM TB3D 500mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 750mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 1000mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
subvenite TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg	1	NDS, QL (60 films / 30 days), PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	1	
topiramate CPSP 15mg, 25mg, 50mg; TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
valproate sodium SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	1	
valproic acid CAPS 250mg	1	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	1	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	1	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	1	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	1	QL (10 blister packs per 30 days)
vigabatrin PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
vigabatrin TABS 500mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
vigadrone PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
vigadrone TABS 500mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VIGAFYDE SOLN 100mg/ml	1	NDS, QL (900 mL / 30 days), NM, PA
vigpoder PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	1	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	1	NDS, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ZTALMY SUSP 50mg/ml	1	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, PA
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 10mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 3mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>methylphenidate hcl CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg; TABS 5mg, 10mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i>	1	QL (1800 mL / 30 days), PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 10mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
HYPNOTICS		
DAYVIGO TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep)</i> TABS 3mg, 6mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eszopiclone</i> TABS 1mg, 2mg, 3mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>tasimelteon</i> CAPS 20mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg, 30mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>zaleplon</i> CAPS 5mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zaleplon</i> CAPS 10mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
MIGRAINE		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	1	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	1	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	1	NDS, QL (8 mL / 30 days), PA
EMGALITY SOAJ 120mg/ml	1	QL (2 pens / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 100mg/ml	1	QL (3 syringes / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 120mg/ml	1	QL (2 syringes / 30 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	1	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl TABS 1mg, 2.5mg</i>	1	QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	1	QL (16 tabs / 30 days), PA
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>rizatriptan benzoate TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg</i>	1	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan SOLN 5mg/act</i>	1	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan SOLN 20mg/act</i>	1	QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml</i>	1	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml</i>	1	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	1	QL (16 tabs / 30 days), PA
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 6mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 18mg, 24mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 30mg, 36mg, 42mg, 48mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
<i>lithium SOLN 8meq/5ml</i>	1	
<i>lithium carbonate CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg</i>	1	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide TABS 60mg</i>	1	
<i>riluzole TABS 50mg</i>	1	
<i>tetrabenazine TABS 12.5mg</i>	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tetrabenazine TABS 25mg</i>	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BAFIERTAM CPDR 95mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
BETASERON KIT .3mg	1	NDS, QL (14 syringes / 28 days), NM, PA
COPAXONE SOSY 20mg/ml	1	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
COPAXONE SOSY 40mg/ml	1	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
dalfampridine TB12 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
fingolimod hcl CAPS .5mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
glatiramer acetate SOSY 20mg/ml	1	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
glatiramer acetate SOSY 40mg/ml	1	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
glatopa SOSY 20mg/ml	1	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
glatopa SOSY 40mg/ml	1	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	1	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS		
baclofen TABS 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
baclofen TABS 10mg, 20mg	1	
carisoprodol TABS 350mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
cyclobenzaprine hcl TABS 5mg, 10mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
dantrolene sodium CAPS 25mg, 50mg, 100mg	1	
methocarbamol TABS 500mg	1	QL (360 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
methocarbamol TABS 750mg	1	QL (240 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
tizanidine hcl TABS 2mg, 4mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NARCOLEPSY/CATAPLEXY		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 200mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	1	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, PA
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	1	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	1	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY .4mg/ml, 2mg/2ml	1	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	1	
<i>NICOTROL INHALER</i> INHA 10mg	1	
<i>NICOTROL NS</i> SOLN 10mg/ml	1	
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	1	QL (56 tabs / 28 days)
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	1	QL (2 packs / year)
VIVITROL SUSR 380mg	1	NDS, NM
ENDOCRINE AND METABOLIC		
ANDROGENS		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	1	PA
<i>methyltestosterone</i> CAPS 10mg	1	NDS, QL (600 caps / 30 days), PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<u>testosterone</u> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	1	QL (300 gm / 30 days), PA
<u>testosterone cypionate</u> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	1	PA
<u>testosterone enanthate</u> SOLN 200mg/ml	1	PA
<u>testosterone pump</u> GEL 1.62%	1	QL (150 gm / 30 days), PA

ANTIDIABETICS

<u>acarbose</u> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<u>FARXIGA</u> TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<u>glimepiride</u> TABS 1mg, 2mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<u>glimepiride</u> TABS 4mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<u>glipizide</u> TABS 5mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<u>glipizide</u> TABS 10mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<u>glipizide</u> TB24 2.5mg, 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<u>glipizide</u> TB24 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<u>glipizide xl</u> TB24 2.5mg, 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<u>glipizide xl</u> TB24 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<u>glipizide-metformin hcl</u> tab 2.5-250 mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<u>glipizide-metformin hcl</u> tab 2.5-500 mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<u>glipizide-metformin hcl</u> tab 5-500 mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<u>GLYXAMBI</u> TAB 10-5 MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
<u>GLYXAMBI</u> TAB 25-5 MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
<u>JANUMET</u> TAB 50-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
<u>JANUMET</u> TAB 50-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
<u>JANUMET XR</u> TAB 50-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
<u>JANUMET XR</u> TAB 50-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
<u>JANUMET XR</u> TAB 100-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
<u>JANUVIA</u> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<u>JARDIANCE</u> TABS 10mg, 25mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<u>JENTADUETO</u> TAB 2.5-500	1	QL (60 tabs / 30 days)
<u>JENTADUETO</u> TAB 2.5-850	1	QL (60 tabs / 30 days)
<u>JENTADUETO</u> TAB 2.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
<u>JENTADUETO</u> TAB XR 2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
<u>JENTADUETO</u> TAB XR 5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
<u>metformin hcl</u> TABS 500mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<u>metformin hcl</u> TABS 850mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<u>metformin hcl</u> TABS 1000mg	1	QL (75 tabs / 30 days)
<u>metformin hcl</u> TB24 500mg	1	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<u>metformin hcl</u> TB24 750mg	1	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<u>MOUNJARO</u> SOAJ 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml	1	QL (4 pens / 28 days), PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
nateglinide TABS 60mg, 120mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA
pioglitazone hcl TABS 15mg, 30mg, 45mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
repaglinide TABS 2mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
repaglinide TABS .5mg, 1mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
SYNJARDY TAB 5-500MG	1	QL (120 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-500	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 10-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 25-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRADJENTA TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRULICITY SOAJ .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	1	QL (4 pens / 28 days), PA
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-500MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIDIABETICS, INSULINS		
ADMELOG SOLN 100unit/ml	1	
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	1	
ALCOHOL SWABS: BD-EMBECTA/MHC/RUGBY	1	PA
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	1	
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	1	QL (10 patches / 30 days), PA
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	1	QL (8 patches / 24 days), PA
CEQUR SIMPL MIS INSERTER	1	QL (2 inserters / year), PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
FIASP SOLN 100unit/ml	1	
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	1	
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	1	
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	1	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	1	PA
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	1	NDS, B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	1	NDS
INSULIN PEN NEEDLES: BD-EMBECTA	1	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: BD-EMBECTA	1	PA
INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA	1	PA
NOVOLIN INJ 70/30	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 LB KIT INTRO G6	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 LB MIS PODS G6	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	1	QL (15 pods / 30 days), PA
SOLIQUA INJ 100/33	1	QL (5 pens / 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	1	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	1	
TRESIBA SOLN 100unit/ml	1	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	1	
XULTOPHY INJ 100/3.6	1	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
alendronate sodium SOLN 70mg/75ml	1	ST
alendronate sodium TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	
calcitonin (salmon) spray SOLN 200unit/act	1	B/D
ibandronate sodium TABS 150mg	1	B/D
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	1	B/D
pamidronate disodium SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	1	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	1	QL (1 syringe / 180 days), NM
risedronate sodium TABS 5mg, 35mg, 150mg	1	
risedronate sodium TBEC 35mg	1	ST
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	1	NDS, NM, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	1	NDS, NM, PA
zoledronic acid CONC 4mg/5ml; SOLN 5mg/100ml	1	B/D, NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	1	NDS
deferasirox TABS 90mg, 180mg, 360mg; TBSO 125mg	1	NM, PA
deferasirox TBSO 250mg, 500mg	1	NDS, NM, PA
kionex SUSP 15gm/60ml	1	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	1	
penicillamine TABS 250mg	1	NDS, NM
sodium polystyrene sulfonate powder	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
sps SUSP 15gm/60ml	1	
sps rectal SUSP 15gm/60ml	1	
trientine hcl CAPS 250mg	1	NDS, NM, PA
CONTRACEPTIVES		
afirmelle	1	
altavera	1	
alyacen 1/35	1	
alyacen 7/7/7	1	
amethia	1	
amethyst	1	
apri	1	
aranelle	1	
ashlyna	1	
aubra eq	1	
aurovela 1/20	1	
aurovela 24 fe	1	
aurovela fe 1.5/30	1	
aurovela fe 1/20	1	
aviane	1	
ayuna	1	
azurette	1	
balziva	1	
blisovi 24 fe	1	
blisovi fe 1.5/30	1	
briellyn	1	
camila TABS .35mg	1	
camrese	1	
camrese lo	1	
chateal eq	1	
cryselle-28	1	
cyred eq	1	
dasetta 1/35	1	
dasetta 7/7/7	1	
daysee	1	
deblitane TABS .35mg	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	1	
desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15- 0.02/0.01 mg(21/5)	1	
dolishale	1	
drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3- 0.02-0.451 mg	1	
drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3- 0.03-0.451 mg	1	
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg	1	
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>elinest</i>	1	
<i>eluryng</i>	1	
<i>emzahh TABS .35mg</i>	1	
<i>enilloring</i>	1	
<i>enpresse-28</i>	1	
<i>enskyce</i>	1	
<i>errin TABS .35mg</i>	1	
<i>estarrylla</i>	1	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	1	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	
<i>falmina</i>	1	
<i>feirza 1.5/30</i>	1	
<i>feirza 1/20</i>	1	
<i>finzala</i>	1	
<i>hailey 1.5/30</i>	1	
<i>hailey 24 fe</i>	1	
<i>haloette</i>	1	
<i>heather TABS .35mg</i>	1	
<i>iclevia</i>	1	
<i>incassia TABS .35mg</i>	1	
<i>introvale</i>	1	
<i>isibloom</i>	1	
<i>jasmiel</i>	1	
<i>jolessa</i>	1	
<i>juleber</i>	1	
<i>junel 1.5/30</i>	1	
<i>junel 1/20</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30</i>	1	
<i>junel fe 1/20</i>	1	
<i>junel fe 24</i>	1	
<i>kaitlib fe</i>	1	
<i>kariva</i>	1	
<i>kelnor 1/35</i>	1	
<i>kelnor 1/50</i>	1	
<i>kurvelo</i>	1	
<i>larin 1.5/30</i>	1	
<i>larin 1/20</i>	1	
<i>larin 24 fe</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30</i>	1	
<i>larin fe 1/20</i>	1	
<i>layolis fe</i>	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>lessina</i>	1	
<i>levonest</i>	1	
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg &eth est 0.01 mg</i>	1	
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	1	
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	1	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg</i>	1	
<i>levora 0.15/30-28</i>	1	
<i>LILETTA IUD 20.1mcg/day</i>	1	NM
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	1	
<i>loestrin 1/20-21</i>	1	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	1	
<i>loestrin fe 1/20</i>	1	
<i>loryna</i>	1	
<i>low-ogestrel</i>	1	
<i>lutera</i>	1	
<i>lyeq TABS .35mg</i>	1	
<i>lyza TABS .35mg</i>	1	
<i>marlissa</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	1	
<i>mibelas 24 fe</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin 1/20</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20</i>	1	
<i>mili</i>	1	
<i>mono-linyah</i>	1	
<i>necon 0.5/35-28</i>	1	
<i>NEXPLANON IMPL 68mg</i>	1	NM
<i>nikki</i>	1	
<i>nora-be TABS .35mg</i>	1	
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	1	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<u>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</u>	1	
<u>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</u>	1	
<u>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</u>	1	
<u>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</u>	1	
<u>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</u>	1	
<u>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</u>	1	
<u>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</u>	1	
<u>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</u>	1	
<u>norlyroc TABS .35mg</u>	1	
<u>nortrel 0.5/35 (28)</u>	1	
<u>nortrel 1/35 (21)</u>	1	
<u>nortrel 1/35 (28)</u>	1	
<u>nortrel 7/7/7</u>	1	
<u>nylia 1/35</u>	1	
<u>nylia 7/7/7</u>	1	
<u>ocella</u>	1	
<u>philith</u>	1	
<u>pimtrea</u>	1	
<u>portia-28</u>	1	
<u>reclipsen</u>	1	
<u>rivelsa</u>	1	
<u>setlakin</u>	1	
<u>sharobel TABS .35mg</u>	1	
<u>simliya</u>	1	
<u>simpesse</u>	1	
<u>sprintec 28</u>	1	
<u>sronyx</u>	1	
<u>syeda</u>	1	
<u>tarina 24 fe</u>	1	
<u>tarina fe 1/20 eq</u>	1	
<u>tilia fe</u>	1	
<u>tri-estarrylla</u>	1	
<u>tri-legest fe</u>	1	
<u>tri-linyah</u>	1	
<u>tri-lo-estarrylla</u>	1	
<u>tri-lo-marzia</u>	1	
<u>tri-lo-mili</u>	1	
<u>tri-lo-sprintec</u>	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>tri-mili</i>	1	
<i>tri-nymyo</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	
<i>tri-vylibra</i>	1	
<i>tri-vylibra lo</i>	1	
<i>trivora-28</i>	1	
<i>turqoz</i>	1	
<i>tydemy</i>	1	
<i>valtya 1/50</i>	1	
<i>velivet</i>	1	
<i>vestura</i>	1	
<i>vienna</i>	1	
<i>viorele</i>	1	
<i>vyfemla</i>	1	
<i>vylibra</i>	1	
<i>wera</i>	1	
<i>wymzya fe</i>	1	
<i>xarah fe</i>	1	
<i>xelria fe</i>	1	
<i>xulane</i>	1	
<i>zafemy</i>	1	
<i>zovia 1/35</i>	1	
<i>zumandimine</i>	1	
ESTROGENS		
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	
<i>estradiol</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr; TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	1	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	1	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm; TABS 10mcg	1	
<i>estradiol valerate</i> OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	1	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	1	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	1	
<i>jinteli</i>	1	
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	
<i>mimvey</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
yuvafem TABS 10mcg	1	
GLUCOCORTICOIDS		
dexamethasone ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	1	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	1	
dexamethasone sodium phosphate SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml	1	
fludrocortisone acetate TABS .1mg	1	
hydrocortisone TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
hydrocortisone sod succinate SOLR 100mg	1	
methylprednisolone TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	1	B/D
methylprednisolone TBPK 4mg	1	
methylprednisolone acetate SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	1	B/D
methylprednisolone sod succ SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	1	B/D
prednisolone SOLN 15mg/5ml	1	B/D
prednisolone sodium phosphate SOLN 5mg/5ml, 15mg/5ml, 25mg/5ml	1	B/D
prednisone SOLN 5mg/5ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	1	B/D
prednisone TBPK 5mg, 10mg	1	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	1	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	1	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS		
diazoxide SUSP 50mg/ml	1	NDS
ZEGALOGUE SOAJ .6mg/0.6ml; SOSY .6mg/0.6ml	1	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	1	NDS, NM, PA
betaine powder for oral solution	1	NDS, NM
cabergoline TABS .5mg	1	
carglumic acid TBSO 200mg	1	NDS, NM, PA
CERDELGA CAPS 84mg	1	NDS, NM, PA
CEREZYME SOLR 400unit	1	NDS, NM, PA
cinacalcet hcl TABS 30mg, 60mg	1	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
cinacalcet hcl TABS 90mg	1	NDS, B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	1	NM, PA
desmopressin acetate SOLN 4mcg/ml	1	NDS
desmopressin acetate TABS .1mg, .2mg	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	1	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	1	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	1	NDS, NM, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	1	NDS, NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg	1	NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	1	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	1	NDS, NM, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NDS, NM, PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	1	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg	1	NDS, NM, PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> TABS 300mg	1	NDS, NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	1	NDS, NM, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	NDS, NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	1	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	1	NDS, NM, PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	1	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	1	NDS, NM, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	1	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	1	NDS, NM, PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml	1	NDS, PA
VEOZAH TABS 45mg	1	PA
PROGESTINS		
<i>gallifrey</i> TABS 5mg	1	
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	1	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	1	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	1	
<i>progesterone</i> CAPS 100mg, 200mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
THYROID AGENTS		
euthyrox TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
levo-t TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
levothyroxine sodium TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
levoxyt TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
liothyronine sodium TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	1	
methimazole TABS 5mg, 10mg	1	
propylthiouracil TABS 50mg	1	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
unithroid TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
VITAMIN D ANALOGS		
calcitriol CAPS .25mcg, .5mcg	1	B/D
calcitriol (oral) SOLN 1mcg/ml	1	B/D
paricalcitol CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	1	B/D
GASTROINTESTINAL		
ANTIEMETICS		
aprepitant CAPS 40mg, 80mg, 125mg	1	B/D
aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg	1	B/D
compro SUPP 25mg	1	
dronabinol CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	B/D, QL (60 caps / 30 days)
gransetron hcl SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	1	
gransetron hcl TABS 1mg	1	B/D
meclizine hcl TABS 12.5mg, 25mg	1	
metoclopramide hcl SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg	1	
ondansetron TBDP 4mg, 8mg	1	B/D
ondansetron hcl SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	1	
ondansetron hcl SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	1	B/D
prochlorperazine SUPP 25mg	1	
prochlorperazine edisylate SOLN 10mg/2ml	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<u>prochlorperazine maleate</u> TABS 5mg, 10mg	1	
<u>promethazine hcl</u> SOLN 6.25mg/5ml, 25mg/ml, 50mg/ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<u>scopolamine</u> PT72 1mg/3days	1	QL (10 patches / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
ANTISPASMODICS		
<u>dicyclomine hcl</u> CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg	1	
<u>glycopyrrolate</u> TABS 1mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<u>glycopyrrolate</u> TABS 2mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS		
<u>famotidine</u> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml; SUSR 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg	1	
<u>famotidine in nacl 0.9% iv soln</u> 20 mg/50ml	1	
<u>nizatidine</u> CAPS 150mg, 300mg	1	
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<u>balsalazide disodium</u> CAPS 750mg	1	
<u>budesonide</u> CPEP 3mg	1	QL (90 caps / 30 days), PA
<u>budesonide</u> TB24 9mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<u>hydrocortisone (intrarectal)</u> ENEM 100mg/60ml	1	
<u>mesalamine</u> CP24 .375gm	1	QL (120 caps / 30 days)
<u>mesalamine</u> CPDR 400mg	1	QL (180 caps / 30 days)
<u>mesalamine</u> ENEM 4gm	1	QL (1680 mL / 28 days)
<u>mesalamine</u> SUPP 1000mg	1	QL (30 suppositories / 30 days)
<u>mesalamine</u> TBEC 1.2gm	1	QL (120 tabs / 30 days)
<u>mesalamine w/ cleanser</u> KIT 4gm	1	QL (28 bottles / 28 days)
<u>sulfasalazine</u> TABS 500mg; TBEC 500mg	1	
LAXATIVES		
<u>constulose</u> SOLN 10gm/15ml	1	
<u>enulose</u> SOLN 10gm/15ml	1	
<u>gavilyte-c</u>	1	
<u>gavilyte-g</u>	1	
<u>gavilyte-n/flavor pack</u>	1	
<u>generlac</u> SOLN 10gm/15ml	1	
<u>lactulose</u> SOLN 10gm/15ml	1	
<u>lactulose (encephalopathy)</u> SOLN 10gm/15ml	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	1	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	1	
<i>PLENVU SOL</i>	1	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	1	
MISCELLANEOUS		
<i>alosetron hcl TABS 1mg</i>	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>alosetron hcl TABS .5mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>CREON CAP 3000UNIT</i>	1	
<i>CREON CAP 6000UNIT</i>	1	
<i>CREON CAP 12000UNT</i>	1	
<i>CREON CAP 24000UNT</i>	1	
<i>CREON CAP 36000UNT</i>	1	
<i>cromolyn sodium (mastocytosis) CONC 100mg/5ml</i>	1	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	1	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	1	
<i>GATTEX KIT 5mg</i>	1	NDS, NM, PA
<i>LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl CAPS 2mg</i>	1	
<i>misoprostol TABS 100mcg, 200mcg</i>	1	
<i>MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml</i>	1	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>sucralfate TABS 1gm</i>	1	
<i>ursodiol CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>VOWST CAP</i>	1	NDS, QL (12 caps / 30 days), NM, PA
<i>XERMELO TABS 250mg</i>	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
<i>XIFAXAN TABS 550mg</i>	1	NDS, PA
<i>ZENPEP CAP 3000UNIT</i>	1	
<i>ZENPEP CAP 5000UNIT</i>	1	
<i>ZENPEP CAP 10000UNT</i>	1	
<i>ZENPEP CAP 15000UNT</i>	1	
<i>ZENPEP CAP 20000UNT</i>	1	
<i>ZENPEP CAP 25000UNT</i>	1	
<i>ZENPEP CAP 40000UNT</i>	1	
<i>ZENPEP CAP 60000UNT</i>	1	
PROTON PUMP INHIBITORS		
<i>esomeprazole magnesium CPDR 20mg, 40mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	1	
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
GENITOURINARY		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> cap 0.5-0.4 mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tadalafil</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	1	QL (60 caps / 30 days)
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	1	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	1	
URINARY ANTISPASMODICS		
<i>fesoterodine fumarate</i> TB24 4mg, 8mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>GEMTESA</i> TABS 75mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>MYRBETRIQ</i> SRER 8mg/ml	1	QL (300 mL / 28 days)
<i>MYRBETRIQ</i> TB24 25mg, 50mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (600 mL / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	1	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>trospium chloride</i> TABS 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	1	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	1	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	1	
HEMATOLOGIC		
ANTICOAGULANTS		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg, 150mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 110mg	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>ELIQUIS</i> TABS 2.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>ELIQUIS</i> TABS 5mg	1	QL (74 tabs / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	1	QL (74 tabs / 30 days)
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	1	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	1	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	1	NDS
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	1	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	1	B/D
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
<i>rivaroxaban</i> TABS 2.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
XARELTO SUSR 1mg/ml	1	QL (620 mL / 30 days)
XARELTO TABS 2.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	1	QL (51 tabs / 30 days)
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
FULPHILA SOSY 6mg/0.6ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	1	NM, PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	1	NDS, NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	1	NDS, NM, PA
MISCELLANEOUS		
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	1	
BERINERT KIT 500unit	1	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	1	
<i>DOPTELET</i> TABS 20mg	1	NDS, NM, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	1	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	1	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	1	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>L-glutamine (sickle cell)</i> PACK 5gm	1	NDS, NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
sajazir SOSY 30mg/3ml	1	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
SIKLOS TABS 100mg	1	
SIKLOS TABS 1000mg	1	NDS
TAVNEOS CAPS 10mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	1	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg	1	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	1	
clopidogrel bisulfate TABS 75mg	1	
dipyridamole TABS 25mg, 50mg, 75mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>ticagrelor</i> TABS 60mg, 90mg	1	
IMMUNOLOGIC AGENTS		
AUTOIMMUNE AGENTS		
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING PSKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF STARTER P AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
COSENTYX SOLN 125mg/5ml	1	NDS, NM, PA
COSENTYX SOSY 75mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SOSY 150mg/ml	1	NDS, QL (32 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SENSOREADY PEN SOAJ 150mg/ml	1	NDS, QL (32 pens / 365 days), NM, PA
COSENTYX UNOREADY SOAJ 300mg/2ml	1	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA
DUPIXENT SOAJ 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
DUPIXENT SOSY 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 vials / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	1	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	1	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	1	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA
PYZCHIVA SOLN 130mg/26ml	1	NDS, NM, PA
PYZCHIVA SOSY 45mg/0.5ml	1	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOSY 90mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TB24 45mg	1	NDS, QL (168 tabs / year), NM, PA
RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml	1	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	1	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	1	NDS, NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	1	NDS, QL (6 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	1	NDS, QL (6 pens / 365 days), NM, PA
SOTYKTU TABS 6mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	1	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	1	NDS, NM, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOAJ 100mg/ml	1	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOAJ 200mg/2ml	1	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOLN 200mg/20ml	1	NDS, NM, PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOSY 200mg/2ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
TREMFYA INDUCTION PACK FO SOAJ 200mg/2ml	1	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
TYENNE SOAJ 162mg/0.9ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
TYENNE SOLN 80mg/4ml, 200mg/10ml, 400mg/20ml	1	NDS, NM, PA
TYENNE SOSY 162mg/0.9ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
VELSIPITY TABS 2mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	1	NDS, QL (480 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
YESINTEK SOLN 45mg/0.5ml	1	QL (1 vial / 28 days), NM, PA
YESINTEK SOLN 130mg/26ml	1	NM, PA
YESINTEK SOSY 45mg/0.5ml	1	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
YESINTEK SOSY 90mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA

DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDs)

hydroxychloroquine sulfate TABS 200mg	1
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	1
leflunomide TABS 10mg, 20mg	1
methotrexate sodium TABS 2.5mg	1
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	1

IMMUNOGLOBULINS

ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	1	NDS, NM, PA
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	1	NDS, NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	1	NDS, NM, PA
GAMASTAN INJ	1	B/D, NM
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	1	NDS, NM, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	1	NDS, NM, PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	1	NDS, NM, PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NDS, NM, PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NDS, NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
ARCALYST SOLR 220mg	1	NDS, NM, PA
IMMUNOSUPPRESSANTS		
ASTAGRAF XL CP24 5mg	1	NDS, B/D, NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	1	B/D, NM
<i>azathioprine</i> TABS 50mg	1	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	1	NDS, NM, PA
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg	1	B/D, NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>	1	B/D, NM
<i>CAPS</i> 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml		
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	NDS, B/D, NM
<i>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	1	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	1	NDS, B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	1	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	1	NDS, B/D, NM

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	1	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	1	NDS, B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	B/D, NM
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	1	B/D, NM
VACCINES		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	1	
ACTHIB INJ	1	
ADACEL INJ	1	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	
BCG VACCINE SOLR 50mg	1	
BEXSERO SUSY .5ml	1	
BOOSTRIX INJ	1	
DAPTACEL INJ	1	
DENGVAXIA SUS	1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	1	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	1	B/D
GARDASIL 9 SUSP .5ml; SUSY .5ml	1	
HAVRIX SUSP 1440elu/ml; SUSY 720elu/0.5ml	1	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	1	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	1	B/D
INFANRIX INJ	1	
IPOL INJ INACTIVE	1	
IXCHIQ INJ	1	
IXIARO INJ	1	
JYNNEOS SUSP .5ml	1	B/D
KINRIX INJ	1	
M-M-R II INJ	1	
MENACTRA INJ	1	
MENQUADFI SOLN .5ml	1	
MENVEO INJ	1	
MENVEO SOL	1	
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	1	
PEDIARIX INJ 0.5ML	1	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	1	
PENBRAYA INJ	1	
PENTACEL INJ	1	
PRIORIX INJ	1	
PROQUAD INJ	1	
QUADRACEL INJ 0.5ML	1	
RABAVERT INJ	1	B/D

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	1	B/D
ROTARIX SUS	1	
ROTAQUE SOL	1	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	1	QL (2 vials per lifetime)
TENIVAC INJ 5-2LF	1	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	1	
TRUMENBA SUSY .5ml	1	
TWINRIX INJ	1	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	1	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	1	
VARIVAX SUSR 1350pfu/0.5ml	1	
VAXCHORA SUS	1	
VIMKUNYA SUSY 40mcg/0.8ml	1	
VIVOTIF CAP EC	1	
YF-VAX INJ	1	

NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS

ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE

D2.5W/NACL INJ 0.45%	1
D10W/NACL INJ 0.2%	1
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%	1
dextrose 5% in lactated ringers	1
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	1
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%	1
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	1
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	1
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%	1
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	1
ISOLYTE-P INJ /D5W	1
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	1
kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	1
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj	1
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	1
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	1
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj	1
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj	1
kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj	1
kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	1

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	1	
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	1	
kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj	1	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	1	
<i>lactated ringer's solution</i>	1	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	1	
magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	1	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	1	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	1	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	1	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	1	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1	
<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml</i>	1	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	1	
sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	1	
TPN ELECTROL INJ	1	B/D
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
klor-con PACK 20meq	1	
klor-con 8 TBCR 8meq	1	
klor-con 10 TBCR 10meq	1	
klor-con m10 TBCR 10meq	1	
klor-con m15 TBCR 15meq	1	
klor-con m20 TBCR 20meq	1	
M-NATAL PLUS TAB	1	
<i>potassium chloride CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq, 20meq</i>	1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 10meq, 15meq, 20meq</i>	1	
PRENATAL TAB 27-1MG	1	
PRENATAL TAB PLUS	1	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	1	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
IV NUTRITION		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	1	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	1	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	1	B/D
<i>clenisol sf 15%</i>	1	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	1	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	1	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	1	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	1	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	1	B/D
<i>plenamine</i>	1	B/D
PREMASOL SOL 10%	1	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	1	B/D
TRAVASOL INJ 10%	1	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	1	B/D
OPHTHALMIC		
ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	1	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	1	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	1	
ANTI-INFECTIVES		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	1	
BESIVANCE SUSP .6%	1	
CILOXAN OINT .3%	1	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	1	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	1	QL (12 mL / 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NATACYN SUSP 5%	1	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	1	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	1	
<i>neomycin-polomyx-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	1	
ofloxacin (ophth) SOLN .3%	1	
<i>polycin ophth oint</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	1	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	1	
XDEMVY SOLN .25%	1	NDS, NM, PA
ZIRGAN GEL .15%	1	
ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .07%, .075%</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	1	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	1	
<i>diluprednate EMUL .05%</i>	1	
FLAREX SUSP .1%	1	
<i>fluorometholone (ophth) SUSP .1%</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	1	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%, .5%</i>	1	
LOTEMAX OINT .5%	1	
<i>loteprednol etabonate SUSP .2%</i>	1	
<i>prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%</i>	1	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	1	
ANTIALLERGICS		
<i>azelastine hcl (ophth) SOLN .05%</i>	1	
<i>cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%</i>	1	
ZERVIATE SOLN .24%	1	
ANTIGLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%</i>	1	
BETOPTIC-S SUSP .25%	1	
<i>brimonidine tartrate SOLN .15%, .2%</i>	1	
<i>brinzolamide SUSP 1%</i>	1	
<i>carteolol hcl (ophth) SOLN 1%</i>	1	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	1	
<i>dorzolamide hcl SOLN 2%</i>	1	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%</i>	1	
<i>latanoprost SOLN .005%</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	1	
LUMIGAN SOLN .01%	1	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	1	
RHOPRESSA SOLN .02%	1	
ROCKLATAN DRO	1	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	1	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%	1	
VYZULTA SOLN .024%	1	
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	1	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	1	
CYSTADROPS SOLN .37%	1	NDS, NM, PA
CYSTARAN SOLN .44%	1	NDS, NM, PA
EYSUVIS SUSP .25%	1	
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	1	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	1	
RESTASIS EMUL .05%	1	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	1	
XIIDRA SOLN 5%	1	
OTIC		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> 0.3- 0.1%	1	
<i>flac</i> OIL .01%	1	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln</i> 1%	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp</i> 3.5 mg/ml- 10000 unit/ml-1%	1	
<i>ofloxacin (otic)</i> SOLN .3%	1	
RESPIRATORY		
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	1	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	1	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	1	QL (4 inhalers / 28 days)
COMBIVENT AER 20-100	1	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln</i> 0.5-2.5(3) mg/3ml	1	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)
ANTICHOLINERGICS		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	1	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%	1	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	1	
ANTIHISTAMINES		
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%	1	
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>cyproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	1	
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
BETA AGONISTS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	1	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	1	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	1	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days), ST

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	1	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	1	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	1	QL (6 inhalers / 30 days)
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	1	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	1	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	1	B/D
ALYFTREK TAB 4-20-50	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
ALYFTREK TAB 10-50-125	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	1	NDS, NM, PA
BRONCHITOL CAPS 40mg	1	NDS, QL (560 caps / 28 days), NM, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	1	B/D
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	1	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	1	(generic of Adrenaclick)
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	1	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
KALYDECO TABS 150mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 75-94MG	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 100-125	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 150-188	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 100-125	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 200-125	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg	1	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	1	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	1	NDS, NM, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	1	NDS, NM, PA
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg	1	QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast</i> TABS 500mcg	1	QL (30 tabs / 30 days)
SYMDEKO TAB 50-75MG	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
SYMDEKO TAB 100-150	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	1	
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	1	
TRIKAFTA PAK 59.5MG	1	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	1	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 150mg/ml	1	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOLR 150mg	1	NDS, QL (8 vials / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 150mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	1	NDS, NM, PA
NASAL STEROIDS		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	1	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	1	QL (1 bottle / 30 days)
XHANCE EXHU 93mcg/act	1	QL (32 mL / 30 days), PA
STEROID INHALANTS		
ALVESCO AERS 80mcg/act	1	QL (3 inhalers / 30 days)
ALVESCO AERS 160mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	1	QL (30 inhalations / 30 days)
budesonide (inhalation) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	1	B/D

STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS

ADVAIR HFA AER 45/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
AIRSUPRA AER 90-80MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
breyna	1	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	1	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	1	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 50-5MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 100-5MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 200-5MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
wixela inhba	1	QL (60 inhalations / 30 days)

TOPICAL

DERMATOLOGY, ACNE

accutane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
amnesteem CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%	1	QL (46.6 gm / 30 days)
claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
clindamycin phosphate (topical) GEL 1%	1	QL (75 mL / 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; <i>SOLN 1%</i>	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery PADS 2%</i>	1	QL (60 pledges / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid) GEL 2%</i>	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid) SOLN 2%</i>	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10%</i>	1	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%</i>	1	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical) GEL 1%</i>	1	QL (75 gm / 30 days)
<i>zenatane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	PA
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
<i>gentamicin sulfate (topical) CREA .1%; OINT .1%</i>	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>mupirocin OINT 2%</i>	1	QL (220 gm / 30 days)
<i>silver sulfadiazine CREA 1%</i>	1	
<i>ssd CREA 1%</i>	1	
<i>SULFAMYLON CREA 85mg/gm</i>	1	QL (453.6 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>ciclopirox SHAM 1%</i>	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>ciclopirox olamine CREA .77%</i>	1	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine SUSP .77%</i>	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical) CREA 1%</i>	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical) SOLN 1%</i>	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>econazole nitrate CREA 1%</i>	1	QL (85 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical) CREA 2%</i>	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical) SHAM 2%</i>	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>klayesta POWD 100000unit/gm</i>	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc POWD 100000unit/gm</i>	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical) CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm</i>	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical) POWD 100000unit/gm</i>	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop POWD 100000unit/gm</i>	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>selenium sulfide LOTN 2.5%</i>	1	
DERMATOLOGY, ANTI-PSORIATICS		
<i>acitretin CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg</i>	1	PA
<i>calcipotriene CREA .005%; OINT .005%</i>	1	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene SOLN .005%</i>	1	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene OINT .005%</i>	1	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>ENSTILAR AER</i>	1	NDS, QL (120 gm / 30 days), PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
tazarotene CREA .05%, .1%	1	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	1	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
ala-cort CREA 1%	1	
alclometasone dipropionate CREA .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
betamethasone dipropionate (topical) CREA .05%; OINT .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
betamethasone dipropionate (topical) LOTN .05%	1	QL (120 mL / 30 days)
betamethasone dipropionate augmented CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
betamethasone dipropionate augmented LOTN .05%	1	QL (120 mL / 30 days)
betamethasone valerate CREA .1%; OINT .1%	1	QL (120 gm / 30 days)
betamethasone valerate LOTN .1%	1	QL (120 mL / 30 days)
clobetasol propionate CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
clobetasol propionate SOLN .05%	1	QL (50 mL / 30 days)
clobetasol propionate e CREA .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
fluocinolone acetonide CREA .01%	1	QL (60 gm / 30 days)
fluocinolone acetonide CREA .025%; OINT .025%	1	QL (120 gm / 30 days)
fluocinolone acetonide OIL .01%	1	QL (118.28 mL / 30 days)
fluocinolone acetonide SOLN .01%	1	QL (60 mL / 30 days)
fluocinonide CREA .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
fluocinonide GEL .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
fluocinonide SOLN .05%	1	QL (60 mL / 30 days)
fluocinonide emulsified base CREA .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
fluticasone propionate CREA .05%; OINT .005%	1	
halobetasol propionate CREA .05%; OINT .05%	1	QL (50 gm / 30 days)
hydrocortisone (topical) CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	1	
hydrocortisone (topical) OINT 1%	1	QL (30 gm / 30 days)
hydrocortisone valerate CREA .2%	1	QL (60 gm / 30 days)
mometasone furoate CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	1	
triamcinolone acetonide (topical) CREA .025%, .1%, .5%	1	QL (454 gm / 30 days)
triamcinolone acetonide (topical) LOTN .025%, .1%; OINT .025%, .1%, .5%	1	
triderm CREA .5%	1	QL (454 gm / 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS</i>		
<i>glydo</i> PRSY 2%	1	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> OINT 5%	1	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	1	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	1	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	1	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan</i> PTCH 5%	1	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>tridacaine ii</i> PTCH 5%	1	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE</i>		
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	1	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5%	1	QL (300 mL / 28 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	1	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	1	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%, 2.5%	1	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	1	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	1	
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	1	QL (59 mL / 30 days)
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> OINT .4%	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>PANRETIN</i> GEL .1%	1	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>pimecrolimus</i> CREA 1%	1	QL (100 gm / 30 days), PA
<i>podofilox</i> SOLN .5%	1	QL (7 mL / 28 days)
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	1	
<i>proctocort</i> CREA 1%	1	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	1	
<i>protozone-hc</i> CREA 2.5%	1	
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	1	QL (100 gm / 30 days), PA
<i>VALCHLOR</i> GEL .016%	1	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
<i>DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES</i>		
<i>malathion</i> LOTN .5%	1	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	1	QL (60 gm / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS</i>		
REGRANEX GEL .01%	1	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	1	QL (180 gm / 30 days)
sodium chloride (<i>gu irrigant</i>) SOLN .9%	1	
water for irrigation, sterile irrigation soln	1	
<i>MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS</i>		
cevimeline hcl CAPS 30mg	1	
chlorhexidine gluconate (<i>mouth-throat</i>) SOLN .12%	1	
clotrimazole TROC 10mg	1	QL (150 lozenges / 30 days)
kourzeq PSTE .1%	1	
lidocaine hcl (<i>mouth-throat</i>) SOLN 2%	1	
nystatin (<i>mouth-throat</i>) SUSP 100000unit/ml	1	
periogard SOLN .12%	1	
pilocarpine hcl (<i>oral</i>) TABS 5mg, 7.5mg	1	
triamcinolone acetonide (<i>mouth</i>) PSTE .1%	1	
PART B		
<i>DIABETIC METERS AND TEST STRIPS</i>		
DEXCOM G6 MIS RECEIVER	0	PA
DEXCOM G6 MIS SENSOR	0	PA
DEXCOM G6 MIS TRANSMIT	0	PA
DEXCOM G7 MIS RECEIVER	0	PA
DEXCOM G7 MIS SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR KIT 2 SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR KIT 3 SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR KIT SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR MIS 2 READER	0	PA
FREESTY LIBR MIS 3 READER	0	PA
FREESTYLE MIS READER	0	PA
TRUE METRIX KIT AIR	0	
TRUE METRIX KIT METER	0	
TRUE METRIX STRIPS	0	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla consultando el número de página 20.

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

En esta sección, puede encontrar un medicamento buscando su nombre alfabéticamente. Esto le indicará el número de página donde puede encontrar información adicional sobre la cobertura del medicamento.

<i>abacavir sulfate</i>.....25	<i>acyclovir</i> .....27	ALCOHOL SWABS: BD-
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i> .....26	<i>acyclovir sodium</i> ....27	EMBECTA/MHC/RUG
<i>ABELCET</i> .....24	<i>ADACEL INJ</i>.....84	BY .....65
<i>ABILIFY ASIMTUFII</i> .52	<i>ADALIMUMAB-AACF (2 PEN)</i>.....80	ALDURAZYME .....73
<i>ABILIFY MAINTENA</i> .52	<i>ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING</i>.....80	ALECENSA .....34
<i>abiraterone acetate</i> .32	<i>ADALIMUMAB-AACF STARTER P</i>	<i>alendronate sodium</i> 67
<i>abirtega</i> .....32	<i>adefovir dipivoxil</i> ...28	<i>alfuzosin hcl</i> .....78
<i>ABRYSVO</i> .....84	<i>ADMELOG</i> .....65	<i>aliskiren fumarate</i> ..48
<i>acamprosate calcium</i>	<i>ADMELOG SOLOSTAR</i>	<i>allopurinol</i> .....21
63	65	<i>alosetron hcl</i> .....77
<i>acarbose</i> .....64	<i>ADVAIR HFA AER 115/21</i>	<i>alprazolam</i> .....49
<i>accutane</i> .....93	<i>ADVAIR HFA AER 230/21</i>	<i>altavera</i> .....68
<i>acebutolol hcl</i>.....46	<i>ADVAIR HFA AER 45/21</i>	ALUNBRIG .....34
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i> .....22	<i>afirmelle</i> .....68	ALUNBRIG PAK .....34
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i> .....22	<i>AIMOVIG</i> .....60	ALVAIZ .....79
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i> .....22	<i>AIRSUPRA AER 90-80MCG</i>	ALVESCO .....92
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i> .....22	<i>AKEEGA TAB 100/500</i>	<i>alyacen 1/35</i>.....68
<i>acetazolamide</i> .....47	<i>AKEEGA TAB 50/500MG</i>	<i>alyacen 7/7/7</i> .....68
<i>acetic acid</i> .....78	<i>ala-cort</i> .....95	ALYFTREK TAB 10-50-125.....91
<i>acetic acid (otic)</i>....89	<i>albendazole</i>.....23	ALYFTREK TAB 4-20-50 .....91
<i>acetylcysteine</i> .....91	<i>albuterol sulfate</i>....90	ALYGLO .....82
<i>acitretin</i> .....94	<i>alclometasone dipropionate</i>	<i>alyq</i> .....49
<i>ACTHIB INJ</i>.....84	95	<i>amantadine hcl</i> .....51
<i>ACTIMMUNE</i>.....83		<i>ambrisentan</i> .....49
		<i>amethia</i> .....68
		<i>amethyst</i>.....68
		<i>amikacin sulfate</i> ....23
		<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i> .....47
		<i>amiloride hcl</i>.....47
		<i>amiodarone hcl</i> .....45



Si tiene alguna pregunta, llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

<i>amitriptyline hcl</i> 50	<i>amlodipine besylate-</i>	<i>amphetamine-</i>
<i>amlodipine besylate</i> 47	<i>valsartan tab 5-320</i>	<i>dextroamphetamine</i>
<i>amlodipine besylate-</i>	<i>mg 44</i>	<i>cap er 24hr 30 mg</i>
<i>benazepril hcl cap</i>		<i>..... 59</i>
<i>10-20 mg</i> 42	<i>amnesteem</i> 93	<i>amphetamine-</i>
<i>amlodipine besylate-</i>	<i>amoxapine</i> 50	<i>dextroamphetamine</i>
<i>benazepril hcl cap</i>	<i>amoxicillin</i> 30	<i>cap er 24hr 5 mg.</i> 59
<i>10-40 mg</i> 42	<i>amoxicillin & k</i>	<i>amphetamine-</i>
<i>amlodipine besylate-</i>	<i>clavulanate for susp</i>	<i>dextroamphetamine</i>
<i>benazepril hcl cap</i>	<i>200-28.5 mg/5ml</i> 30	<i>tab 10 mg</i> 59
<i>2.5-10 mg</i> 42	<i>amoxicillin & k</i>	<i>amphetamine-</i>
<i>amlodipine besylate-</i>	<i>clavulanate for susp</i>	<i>dextroamphetamine</i>
<i>benazepril hcl cap 5-</i>	<i>250-62.5 mg/5ml</i> 30	<i>tab 12.5 mg</i> 59
<i>10 mg</i> 42	<i>amoxicillin & k</i>	<i>amphetamine-</i>
<i>amlodipine besylate-</i>	<i>clavulanate for susp</i>	<i>dextroamphetamine</i>
<i>benazepril hcl cap 5-</i>	<i>400-57 mg/5ml</i> .. 30	<i>tab 15 mg</i> 59
<i>20 mg</i> 42	<i>amoxicillin & k</i>	<i>amphetamine-</i>
<i>amlodipine besylate-</i>	<i>clavulanate for susp</i>	<i>dextroamphetamine</i>
<i>benazepril hcl cap 5-</i>	<i>600-42.9 mg/5ml</i> 30	<i>tab 20 mg</i> 59
<i>40 mg</i> 42	<i>amoxicillin & k</i>	<i>amphetamine-</i>
<i>amlodipine besylate-</i>	<i>clavulanate tab 250-</i>	<i>dextroamphetamine</i>
<i>olmesartan</i>	<i>125 mg</i> 30	<i>tab 30 mg</i> 59
<i>medoxomil tab 10-</i>	<i>amoxicillin & k</i>	<i>amphetamine-</i>
<i>20 mg</i> 44	<i>clavulanate tab 500-</i>	<i>dextroamphetamine</i>
<i>amlodipine besylate-</i>	<i>125 mg</i> 30	<i>tab 5 mg</i> 59
<i>olmesartan</i>	<i>amoxicillin & k</i>	<i>amphetamine-</i>
<i>medoxomil tab 10-</i>	<i>clavulanate tab 875-</i>	<i>dextroamphetamine</i>
<i>40 mg</i> 44	<i>125 mg</i> 30	<i>tab 7.5 mg</i> 59
<i>amlodipine besylate-</i>	<i>amoxicillin & k</i>	<i>amphotericin b</i> 24
<i>olmesartan</i>	<i>clavulanate tab er</i>	<i>amphotericin b</i>
<i>medoxomil tab 5-20</i>	<i>12hr 1000-62.5 mg</i>	<i>liposome</i> 24
<i>mg</i> 43	<i>..... 30</i>	<i>ampicillin</i> 30
<i>amlodipine besylate-</i>	<i>amphetamine-</i>	<i>ampicillin & sulbactam</i>
<i>olmesartan</i>	<i>dextroamphetamine</i>	<i>sodium for inj 1.5</i>
<i>medoxomil tab 5-40</i>	<i>cap er 24hr 10 mg</i>	<i>(1-0.5) gm</i> 30
<i>mg</i> 43	<i>..... 59</i>	<i>ampicillin & sulbactam</i>
<i>amlodipine besylate-</i>	<i>amphetamine-</i>	<i>sodium for inj 3 (2-</i>
<i>valsartan tab 10-160</i>	<i>dextroamphetamine</i>	<i>1) gm</i> 30
<i>mg</i> 44	<i>cap er 24hr 15 mg</i>	<i>ampicillin & sulbactam</i>
<i>amlodipine besylate-</i>	<i>..... 59</i>	<i>sodium for iv soln</i>
<i>valsartan tab 10-320</i>	<i>amphetamine-</i>	<i>1.5 (1-0.5) gm</i> 30
<i>mg</i> 44	<i>dextroamphetamine</i>	<i>ampicillin & sulbactam</i>
<i>amlodipine besylate-</i>	<i>cap er 24hr 20 mg</i>	<i>sodium for iv soln 15</i>
<i>valsartan tab 5-160</i>	<i>..... 59</i>	<i>(10-5) gm</i> 30
<i>mg</i> 44	<i>amphetamine-</i>	<i>ampicillin & sulbactam</i>
	<i>dextroamphetamine</i>	<i>sodium for iv soln 3</i>
	<i>cap er 24hr 25 mg</i>	<i>(2-1) gm</i> 30
	<i>..... 59</i>	

<i>ampicillin sodium</i>....30	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	<i>balziva</i>
<i>anagrelide hcl</i> .....79	.....25	<i>BARACLUDE</i>.....28
<i>anastrozole</i>.....32		<i>BASAGLAR KWIKPEN</i>
<i>ANORO ELLIPT AER</i>		.....65
<i>62.5-25</i> .....89		
<i>aprepitant</i> .....75		<i>BCG VACCINE</i> .....84
<i>aprepitant capsule</i>		
<i>therapy pack 80 &</i>		<i>benazepril &</i>
<i>125 mg</i> .....75		<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>apri</i>.....68		<i>tab 10-12.5 mg</i> ...42
<i>APTIOM</i>.....55		<i>benazepril &</i>
<i>APTIVUS</i>.....25		<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>ARALAST NP</i> .....91		<i>tab 20-12.5 mg</i> ...43
<i>aranelle</i>.....68		<i>benazepril &</i>
<i>ARCALYST</i> .....83		<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>AREXVY</i>.....84		<i>tab 20-25 mg</i>.....43
<i>ARIKAYCE</i>.....23		<i>benazepril &</i>
<i>aripiprazole</i>.....52		<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>ARISTADA</i> .....52		<i>tab 5-6.25mg</i>.....42
<i>ARISTADA INITIO</i> ...52		<i>benazepril hcl</i> .....43
<i>armodafinil</i> .....63		<i>BENDAMUSTINE</i>
<i>ARNUTITY ELLIPTA</i> ...93		<i>HYDROCHLORID</i> ..31
<i>asenapine maleate</i> ..52		<i>BENDEKA</i> .....31
<i>ashlyna</i> .....68		<i>BENLYSTA</i> .....83
<i>aspirin-dipyridamole</i>		<i>benzoyl peroxide-</i>
<i>cap er 12hr 25-200</i>		<i>erythromycin gel 5-</i>
<i>mg</i>.....80		<i>3%</i> .....93
<i>ASTAGRAF XL</i> .....83		<i>benztropine mesylate</i>
<i>atazanavir sulfate</i> ...25		.....51
<i>atenolol</i>.....46		<i>BERINERT</i> .....79
<i>atenolol</i> &		<i>BESIVANCE</i> .....87
<i>chlorthalidone tab</i>		<i>BESREMI</i> .....33
<i>100-25 mg</i>.....46		<i>betaine powder for</i>
<i>atenolol</i> &		<i>oral solution</i>.....73
<i>chlorthalidone tab</i>		<i>betamethasone</i>
<i>50-25 mg</i> .....46		<i>dipropionate</i>
<i>atomoxetine hcl</i> ....59		<i>(topical)</i> .....95
<i>atorvastatin calcium</i> 45		<i>betamethasone</i>
<i>atovaquone</i>.....23		<i>dipropionate</i>
<i>atovaquone-proguanil</i>		<i>augmented</i> .....95
<i>hcl tab 250-100 mg</i>		<i>betamethasone</i>
.....25		<i>valerate</i>.....95

? **Si tiene alguna pregunta,** llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	(INSTITUTIONAL PACK).....	89	<i>naloxone hcl sl tab</i>
.....			8-2 mg (base equiv)
<i>bethanechol chloride</i>	<i>briellyn</i>	68	.....
.....	<i>BRILINTA</i>	80	63
BETOPTIC-S.....	<i>brimonidine tartrate</i> 88		<i>bupropion hcl</i>
BEVESPI AER 9- 4.8MCG	<i>brinzolamide</i>	88	50
<i>bexarotene</i>	<i>BRIVIACT</i>	55	<i>bupropion hcl</i> (smoking deterrent)
<i>bexarotene (topical)</i> 96	<i>bromfenac sodium</i> (ophth)	88	.....
BEXSERO.....	<i>bromocriptine</i> <i>mesylate</i>	51	63
<i>bicalutamide</i>	<i>BRONCHITOL</i>	91	<i>buspirone hcl</i>
BICILLIN L-A.....	<i>BRUKINSA</i>	35	<i>butorphanol tartrate</i> 22
BIKTARVY TAB 30- 120-15 MG.....	<i>budesonide</i>	76	<i>cabergoline</i>
BIKTARVY TAB 50- 200-25 MG.....	<i>budesonide</i> (<i>inhalation</i>)	93	73
<i>bisoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 10-6.25 mg</i> ...	<i>budesonide-formoterol</i> <i>fumarate dihyd</i> <i>aerosol 160-4.5</i> <i>mcg/act</i>	93	CABOMETYX
<i>bisoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 2.5-6.25 mg</i> ..	<i>budesonide-formoterol</i> <i>fumarate dihyd</i> <i>aerosol 80-4.5</i> <i>mcg/act</i>	93	<i>calcipotriene</i>
<i>bisoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 5-6.25 mg</i>	<i>bumetanide</i>	47	<i>calcitonin (salmon)</i> <i>spray</i>
<i>bisoprolol fumarate</i>	<i>buprenorphine</i>	21	67
BIVIGAM	<i>buprenorphine hcl</i> ..	63	<i>calcitrene</i>
<i>blisovi 24 fe</i>	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film</i> <i>12-3 mg (base</i> <i>equiv)</i>	63	<i>calcitriol</i>
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film</i> <i>2-0.5 mg (base</i> <i>equiv)</i>	63	<i>calcitriol (oral)</i>
BOOSTRIX INJ	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film</i> <i>4-1 mg (base equiv)</i>	63	CALQUENCE.....
<i>bortezomib</i>	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film</i> <i>8-2 mg (base equiv)</i>	63	<i>camila</i>
BORTEZOMIB	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film</i> <i>25MCG</i>	93	<i>camrese</i>
<i>bosentan</i>	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film</i> <i>25-15 mg</i>	93	<i>camrese lo</i>
BOSULIF.....	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film</i> <i>50-15 mg</i>	93	candesartan cilexetil
BRAFTOVI.....	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film</i> <i>50-25 mg</i>	93	45
BREO ELLIPTA INH 100-25	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film</i> <i>25-25 mg</i>	93	<i>candesartan cilexetil-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 16-12.5 mg</i> ...
BREO ELLIPTA INH 200-25	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film</i> <i>25-25 mg</i>	93	44
BREO ELLIPTA INH 50- 25MCG	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film</i> <i>25-25 mg</i>	93	<i>candesartan cilexetil-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 32-12.5 mg</i> ...
<i>breyna</i>	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film</i> <i>25-25 mg</i>	93	44
BREZTRI AERO AER SPHERE	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl tab</i> <i>2-0.5 mg (base</i> <i>equiv)</i>	63	<i>CAPLYTA</i>
BREZTRI AERO AER SPHERE	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl tab</i> <i>2-0.5 mg (base</i> <i>equiv)</i>	63	52
			<i>CAPRELSA</i>
			<i>captopril</i>
			43
			<i>captopril &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 25-15 mg</i>
			43
			<i>captopril &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 25-25 mg</i>
			43
			<i>captopril &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 50-15 mg</i>
			43
			<i>captopril &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 50-25 mg</i>
			43

<i>carb/levo orally</i>	<i>carteolol hcl (ophth)</i>	88
<i>disintegrating tab</i>	<i>cartia xt</i>	47
10-100mg.....	<i>carvedilol</i>	46
<i>carb/levo orally</i>	<i>caspofungin acetate</i>	24
<i>disintegrating tab</i>	<i>CAYSTON</i>	23
25-100mg.....	<i>cefaclor</i>	28
<i>carb/levo orally</i>	<i>cefadroxil</i>	28
<i>disintegrating tab</i>	<i>CEFAZOLIN</i>	28
25-250mg.....	<i>CEFAZOLIN INJ</i>	
<i>carbamazepine</i>	1GM/50ML.....	28
<i>carbidopa & levodopa</i>	<i>cefazolin sodium</i>	28
<i>tab 10-100 mg</i>	<i>CEFAZOLIN SOLN</i>	
<i>carbidopa & levodopa</i>	2GM/100ML-4%..	28
<i>tab 25-100 mg</i>	<i>CEFAZOLIN/DEX SOL</i>	
<i>carbidopa & levodopa</i>	1GM/50ML-4% ...	29
<i>tab 25-250 mg</i>	<i>CEFAZOLIN/DEX SOL</i>	
<i>carbidopa & levodopa</i>	2GM/50ML-3% ...	29
<i>tab er 25-100 mg</i> 51	<i>CEFAZOLIN/DEX SOL</i>	
<i>carbidopa & levodopa</i>	3GM/150ML-4%..	29
<i>tab er 50-200 mg</i> 51	<i>CEFAZOLIN/DEX SOL</i>	
<i>carbidopa-levodopa-</i>	3GM/50ML-2% ...	29
<i>entacapone tabs</i>	<i>cefdinir</i>	29
12.5-50-200 mg ..	<i>cefepime hcl</i>	29
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>cefixime</i>	29
<i>entacapone tabs</i>	<i>cefotetan disodium.</i>	29
18.75-75-200 mg	<i>cefoxitin sodium</i>	29
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>cefpodoxime proxetil</i>	
<i>entacapone tabs</i> 25-	.....	29
100-200 mg	<i>cefprozil</i>	29
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>ceftazidime</i>	29
<i>entacapone tabs</i>	<i>ceftriaxone sodium.</i>	29
31.25-125-200 mg	<i>cefuroxime axetil</i> ...	29
.....	<i>cefuroxime sodium.</i>	29
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>celecoxib</i>	21
<i>entacapone tabs</i>	<i>cephalexin</i>	29
37.5-150-200 mg	<i>CEQUR SIMPL KIT</i>	
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>PATCH 2U (3-DAY)</i>	
<i>entacapone tabs</i> 50-	.....	65
200-200 mg	<i>CEQUR SIMPL KIT</i>	
<i>carboplatin</i>	<i>PATCH 2U (4-DAY)</i>	
.....	.....	65
<i>carglumic acid</i>		
.....		
<i>carisoprodol</i>		
.....		
	<i>CEQUR SIMPL MIS</i>	
	<i>INSERTER</i>	65
	<i>CERDELGA</i>	73
	<i>CEREZYME</i>	73
	<i>cetirizine hcl</i>	90
	<i>cevimeline hcl</i>	97
	<i>chateal eq</i>	68
	<i>CHEMET</i>	67
	<i>chlorhexidine</i>	
	<i>gluconate (mouth-throat)</i>	97
	<i>chloroquine phosphate</i>	
	.....	25
	<i>chlorpromazine hcl</i> .52	
	<i>chlorthalidone</i>	47
	<i>cholestyramine</i>	46
	<i>cholestyramine light</i> 46	
	<i>ciclopirox</i>	94
	<i>ciclopirox olamine</i> ... 94	
	<i>cilostazol</i>	79
	<i>CILOXAN</i>	87
	<i>CIMDUO TAB 300-300</i>	
	.....	26
	<i>cinacalcet hcl</i>	73
	<i>ciprofloxacin 200</i>	
	<i>mg/100ml in d5w</i> 29	
	<i>ciprofloxacin 400</i>	
	<i>mg/200ml in d5w</i> 29	
	<i>ciprofloxacin hcl</i>	29
	<i>ciprofloxacin hcl</i>	
	<i>(ophth)</i>	87
	<i>ciprofloxacin-</i>	
	<i>dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	89
	<i>cisplatin</i>	31
	<i>citalopram</i>	
	<i>hydrobromide</i>	50
	<i>claravis</i>	93
	<i>clarithromycin</i>	29
	<i>clindamycin hcl</i>	23
	<i>clindamycin palmitate</i>	
	<i>hydrochloride</i>	23

Si tiene alguna pregunta, llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

<i>clindamycin phosphate</i>	.....	23	<i>clotrimazole</i>	97	CREON CAP 12000UNT	.....	77
<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	93, 94		<i>clotrimazole (topical)</i>	.....	CREON CAP 24000UNT	.....	77
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	23		<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i> ..	94	CREON CAP 3000UNIT	.....	77
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	23		<i>clozapine</i>	52, 53	CREON CAP 36000UNT	.....	77
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	23		COARTEM TAB 20- 120MG.....	25	CREON CAP 6000UNIT	.....	77
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	78		COBENFY CAP 100- 20MG	53			
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	23		COBENFY CAP 125- 30MG	53	<i>cromolyn sodium</i>	91	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	23		COBENFY CAP 50- 20MG	53	<i>cromolyn sodium</i> (mastocytosis)	77	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	23		COBENFY STRT CAP PACK	53	<i>cromolyn sodium</i> (ophth)	88	
CLINIMIX INJ 4.25/D10	87		<i>colchicine</i>	21	<i>cryselle-28</i>	68	
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	87		<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5- 500 mg</i>	21	<i>cyclobenzaprine hcl</i> 62		
CLINIMIX INJ 5%/D15W	87		<i>colesevelam hcl</i>	46	<i>cyclophosphamide</i> .. 31		
CLINIMIX INJ 5%/D20W	87		<i>colestipol hcl</i>	46	CYCLOPHOSPHAMIDE	.....	31
CLINIMIX INJ 6/5	87		<i>colistimethate sodium</i>	23			
CLINIMIX INJ 8/10..	87		COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	88	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR	.....	31
CLINIMIX INJ 8/14..	87		COMBIVENT AER 20- 100	89	cycloserine	27	
<i>clinisol sf 15%</i>	87		COMETRIQ (60MG DOSE)	35	cyclosporine	83	
CLINOLIPID EMU 20%	.....	87	COMETRIQ KIT 100MG	35	<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>	83	
<i>clobazam</i>	55		COMETRIQ KIT 140MG	35	<i>cyproheptadine hcl</i> . 90		
<i>clobetasol propionate</i>	95		COMPLERA TAB	26	<i>cyred eq</i>	68	
<i>clobetasol propionate e</i>	95		<i>compro</i>	75	CYSTADROPS	89	
<i>clomipramine hcl</i>	50		<i>constulose</i>	76	CYSTAGON	73	
<i>clonazepam</i>	55		<i>COPAXONE</i>	62	CYSTARAN	89	
<i>clonidine</i>	48		<i>COPIKTRA</i>	35	<i>cytarabine</i>	32	
<i>clonidine hcl</i>	48		<i>CORLANOR</i>	48	D10W/NACL INJ 0.2%	.....	85
<i>clopidogrel bisulfate</i> 80			<i>COSENTYX</i>	80			
<i>clorazepate dipotassium</i>	55		<i>COSENTYX SENSOREADY PEN80</i>		D2.5W/NACL INJ 0.45%.....	85	
			<i>COSENTYX UNOREADY</i>	.....	<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	78	
			<i>COTELLIC</i>	35	<i>dalfampridine</i>	62	
					<i>danazol</i>	63	
					<i>dantrolene sodium</i> ..	62	
					DANZITEN	35	
					<i>dapsone</i>	23	
					DAPTACEL INJ.....	84	
					<i>daptomycin</i>	23	
					DAPTONYCIN	23	

<i>darunavir</i>	25	<i>DEXCOM G6 MIS</i>	<i>diclofenac potassium</i>
<i>dasatinib</i>	35	<i>SENSOR</i>	..... 21
<i>dasetta 1/35</i>	68	<i>DEXCOM G6 MIS</i>	<i>diclofenac sodium</i> ... 21
<i>dasetta 7/7/7</i>	68	<i>TRANSMIT</i>	<i>diclofenac sodium</i>
<i>DAURISMO</i>	35	<i>DEXCOM G7 MIS</i>	(ophth) 88
<i>daysee</i>	68	<i>RECEIVER</i>	<i>diclofenac sodium</i>
<i>DAYVIGO</i>	60	<i>DEXCOM G7 MIS</i>	(topical) 96
<i>deblitane</i>	68	<i>SENSOR</i>	<i>dicloxacillin sodium</i> .. 30
<i>deferasirox</i>	67	<i>dexamethylphenidate</i>	<i>dicyclomine hcl</i> 76
<i>DELSTRIGO TAB</i>	26	<i>hcl</i>	<i>DIFICID</i> 29
<i>DENGVAXIA SUS</i>	84	<i>dextrose</i>	<i>diflunisal</i> 21
<i>DEPO-SUBQ PROVERA</i>		..... 87	<i>diluprednate</i> 88
104	68	<i>dextrose 10% w/</i>	<i>digoxin</i> 48
<i>depo-testosterone</i>	.. 63	<i>sodium chloride</i>	<i>dihydroergotamine</i>
<i>DESCOVY TAB 120-</i>		..... 85	..... mesylate 60
15MG	26	<i>dextrose 2.5% w/</i>	<i>DILANTIN</i> 56
<i>DESCOVY TAB</i>		<i>sodium chloride</i>	<i>diltiazem hcl</i> 47
200/25MG	27	..... 85	<i>diltiazem hcl coated</i>
<i>desipramine hcl</i>	50	<i>dextrose 5% in</i>	..... beads 47
<i>desmopressin acetate</i>		<i>lactated ringers</i> ... 85	<i>diltiazem hcl extended</i>
.....	73	<i>dextrose 5% w/</i>	..... release beads 47
<i>desmopressin acetate</i>		<i>sodium chloride</i>	<i>dilt-xr</i> 47
<i>spray</i>	74	..... 85	<i>DIP/TET PED INJ 25-</i>
<i>desmopressin acetate</i>		<i>dextrose 5% w/</i>	..... 5LFU 84
<i>spray refrigerated</i>	74	<i>sodium chloride</i>	<i>diphenhydramine hcl</i>
<i>desogest-eth estrad &</i>		..... 85	..... 90
<i>eth estrad tab 0.15-</i>		<i>dextrose 5% w/</i>	<i>diphenoxylate w/</i>
<i>0.02/0.01 mg(21/5)</i>		<i>sodium chloride</i>	..... atropine liq 2.5-
.....	68	..... 85	..... 0.025 mg/5ml 77
<i>desvenlafaxine</i>		<i>dextrose 5% w/</i>	<i>diphenoxylate w/</i>
<i>succinate</i>	50	<i>sodium chloride</i>	..... atropine tab 2.5-
<i>dexamethasone</i>	73	..... 85	..... 0.025 mg 77
<i>DEXAMETHASONE</i>		<i>diazepam</i>	<i>dipyridamole</i> 80
<i>INTENSOL</i>	73	..... 56	<i>disopyramide</i>
<i>dexamethasone</i>		<i>diazepam</i>	..... phosphate 45
<i>sodium phosphate</i>	73	..... (anticonvulsant) .. 56	<i>disulfiram</i> 63
<i>dexamethasone</i>		<i>diazepam inj</i>	<i>divalproex sodium</i> .. 56
<i>sodium phosphate</i>		..... 56	<i>docetaxel</i> 34
<i>(ophth)</i>	88	<i>diazepam intensol</i> .. 56	<i>DOCETAXEL</i> 34
<i>DEXCOM G6 MIS</i>		<i>diazoxide</i>	<i>DOCIVYX</i> 34
<i>RECEIVER</i>	97	..... 73	<i>dofetilide</i> 45
			<i>dolishale</i> 68

? Si tiene alguna pregunta, llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

<i>donepezil</i>	
<i>hydrochloride</i>	49
DOPTELET	79
<i>dorzolamide hcl</i>	88
<i>dorzolamide hcl-</i>	
<i>timolol maleate</i>	
<i>ophth soln 2-0.5%</i>	
.....	88
<i>dotti</i>	72
DOVATO TAB 50-	
300MG	27
<i>doxazosin mesylate</i>	43
<i>doxepin hcl</i>	50
<i>doxepin hcl (sleep)</i>	60
<i>doxorubicin hcl</i>	34
<i>doxorubicin hcl</i>	
<i>liposomal</i>	34
<i>doxy 100</i>	31
<i>doxycycline</i>	
(<i>monohydrate</i>)	31
<i>doxycycline hydlate</i>	31
DRIZALMA SPRINKLE	
.....	50
<i>dronabinol</i>	75
<i>drospirenone-ethinyl</i>	
<i>estradiol tab 3-0.02</i>	
<i>mg</i>	68
<i>drospirenone-ethinyl</i>	
<i>estradiol tab 3-0.03</i>	
<i>mg</i>	68
<i>drospirenone-ethinyl</i>	
<i>estradiol-levomefolate</i>	
<i>tab 3-0.02-0.451</i>	
<i>mg</i>	68
<i>drospirenone-ethinyl</i>	
<i>estradiol-levomefolate</i>	
<i>tab 3-0.03-0.451</i>	
<i>mg</i>	68
<i>droxidopa</i>	48
DULERA AER 100-	
5MCG	93
DULERA AER 200-	
5MCG	93
DULERA AER 50-5MCG	
.....	93
<i>duloxetine hcl</i>	50
DUPIXENT	80
<i>dutasteride</i>	78
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	
<i>hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	
.....	78
<i>e.e.s. 400</i>	29
<i>econazole nitrate</i>	94
EDURANT	25
<i>efavirenz</i>	25
<i>efavirenz-</i>	
<i>emtricitabine-</i>	
<i>tenofovir df tab 600-</i>	
<i>200-300 mg</i>	27
<i>efavirenz-lamivudine-</i>	
<i>tenofovir df tab 400-</i>	
<i>300-300 mg</i>	27
<i>efavirenz-lamivudine-</i>	
<i>tenofovir df tab 600-</i>	
<i>300-300 mg</i>	27
ELIGARD	32
<i>elinet</i>	69
ELIQUIS	78
ELIQUIS STARTER	
PACK	79
<i>eluryng</i>	69
EMGALITY	60
EMSAM	50
<i>emtricitabine</i>	26
<i>emtricitabine-tenofovir</i>	
<i>disoproxil fumarate</i>	
<i>tab 100-150 mg..</i>	27
<i>emtricitabine-tenofovir</i>	
<i>disoproxil fumarate</i>	
<i>tab 133-200 mg..</i>	27
<i>emtricitabine-tenofovir</i>	
<i>disoproxil fumarate</i>	
<i>tab 167-250 mg..</i>	27
<i>emtricitabine-tenofovir</i>	
<i>disoproxil fumarate</i>	
<i>tab 200-300 mg..</i>	27
EMTRIVA	26
EMVERM	23
<i>emzahh</i>	69
<i>enalapril maleate</i>	43
<i>enalapril maleate &</i>	
<i>hydrochlorothiazide</i>	
<i>tab 10-25 mg ..</i>	43
<i>enalapril maleate &</i>	
<i>hydrochlorothiazide</i>	
<i>tab 5-12.5 mg ..</i>	43
ENBREL	80
ENBREL MINI	80
ENBREL SURECLICK	80
<i>endocet tab 10-325mg</i>	
.....	22
<i>endocet tab 2.5-</i>	
<i>325mg</i>	22
<i>endocet tab 5-325mg</i>	
.....	22
<i>endocet tab 7.5-</i>	
<i>325mg</i>	22
ENGERIX-B	84
<i>enilloring</i>	69
<i>enoxaparin sodium</i>	79
<i>enpresse-28</i>	69
<i>enskyce</i>	69
ENSTILAR AER	94
<i>entacapone</i>	52
<i>entecavir</i>	28
ENTRESTO CAP 15-	
16MG	44
ENTRESTO CAP 6-6MG	
.....	44
ENTRESTO TAB 24-	
26MG	44
ENTRESTO TAB 49-	
51MG	44
ENTRESTO TAB 97-	
103MG	44
<i>enulose</i>	76
EPCLUSA PAK 150-	
37.5.	28
EPCLUSA PAK 200-	
50MG	28
EPCLUSA TAB 200-	
50MG	28
EPCLUSA TAB 400-100	
.....	28
EPIDIOLEX	56
<i>epinephrine</i>	
(<i>anaphylaxis</i>)	48, 91
<i>epitol</i>	56
<i>eplerenone</i>	43
EPRONTIA	56

ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg.....61	ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg.....69	FASENRA.....91
ERIVEDGE .....36	ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg.....69	FASENRA PEN .....91
ERLEADA.....32, 33	etodolac.....21	feirza 1.5/30.....69
erlotinib hcl.....36	etonogetrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr.....69	feirza 1/20 .....69
errin .....69	etoposide .....34	felbamate .....56
ertapenem sodium ..23	etravirine .....26	felodipine .....47
ery .....94	EULEXIN .....33	fenofibrate .....45
ery-tab.....29	euthyrox .....75	fenofibrate micronized.....45
ERYTHROCIN LACTOBIONATE ...29	everolimus .....36	fentanyl .....21
erythromycin (acne aid).....94	everolimus (immunosuppressan t) .....83	fesoterodine fumarate.....78
erythromycin (ophth) .....87	EVOTAZ TAB 300-150.....27	FETZIMA .....50
erythromycin base..29	exemestane .....33	FETZIMA CAP TITRATIO .....50
erythromycin ethylsuccinate ....29	EYSUVIS .....89	FIASP .....66
erythromycin lactobionate .....29	ezetimibe .....46	FIASP FLEXTOUCH..66
escitalopram oxalate.....50	ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg .....46	FIASP PENFILL .....66
esomeprazole magnesium .....77	ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg .....46	FIASP PUMPCART ...66
estarrylla .....69	ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg .....46	finasteride .....78
estradiol .....72	ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg .....46	fingolimod hcl .....62
estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg.....72	FABRAZYME .....74	FINTEPLA .....56
estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg.....72	falmina .....69	finzala.....69
estradiol vaginal....72	famciclovir .....28	FIRMAGON .....33
estradiol valerate....72	famotidine .....76	flac .....89
eszopiclone.....60	famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml.....76	FLAREX .....88
ethambutol hcl .....27	FANAPT .....53	FLEBOGAMMA DIF ..83
ethosuximide .....56	FANAPT PAK .....53	flecainide acetate ...45
	FARXIGA.....64	fluconazole .....25
		fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml .....25
		fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml .....25
		flucytosine.....25
		fludrocortisone acetate.....73
		flunisolide (nasal)...92
		fluocinolone acetonide.....95



Si tiene alguna pregunta, llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

<i>fluocinolone acetonide</i>	
(otic).....	89
<i>fluocinonide</i>	95
<i>fluocinonide emulsified</i>	
base.....	95
<i>fluorometholone</i>	
(ophth).....	88
<i>fluorouracil</i>	32
<i>fluorouracil (topical)</i>	96
<i>fluoxetine hcl</i>	50
<i>fluphenazine</i>	
decanoate.....	53
<i>fluphenazine hcl</i>	53
<i>flurbiprofen</i>	21
<i>flurbiprofen sodium</i>	.88
<i>fluticasone propionate</i>	
.....	95
<i>fluticasone propionate</i>	
(nasal)	92
<i>fluticasone-salmeterol</i>	
aer powder ba 100-	
50 mcg/act	93
<i>fluticasone-salmeterol</i>	
aer powder ba 250-	
50 mcg/act	93
<i>fluticasone-salmeterol</i>	
aer powder ba 500-	
50 mcg/act	93
<i>fluvoxamine maleate</i>	
.....	49
<i>fondaparinux sodium</i>	
.....	79
<i>fosamprenavir calcium</i>	
.....	26
<i>fosinopril sodium</i>	43
<i>fosinopril sodium &</i>	
<i>hydrochlorothiazide</i>	
<i>tab 10-12.5 mg</i> ...	43
<i>fosinopril sodium &</i>	
<i>hydrochlorothiazide</i>	
<i>tab 20-12.5 mg</i> ...	43
<i>FOTIVDA</i>	36
<i>FREESTY LIBR KIT 2</i>	
<i>SENSOR</i>	97
<i>FREESTY LIBR KIT 3</i>	
<i>SENSOR</i>	97
<i>FREESTY LIBR KIT</i>	
<i>SENSOR</i>	97
<i>FREESTY LIBR MIS 2</i>	
<i>READER</i>	97
<i>FREESTY LIBR MIS 3</i>	
<i>READER</i>	97
<i>FREESTYLE MIS</i>	
<i>READER</i>	97
<i>FRINDOVYX</i>	31
<i>FRUZAQLA</i>	36
<i>FULPHILA</i>	79
<i>fulvestrant</i>	33
<i>furosemide</i>	47
<i>furosemide inj</i>	47
<i>FUZEON</i>	26
<i>fyavolv tab 0.5mg-</i>	
<i>2.5mcg</i>	72
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	
.....	72
<i>FYCOMPA</i>	56
<i> gabapentin</i>	56
<i>galantamine</i>	
<i>hydrobromide</i>	49
<i>gallifrey</i>	74
<i>GAMASTAN INJ</i>	83
<i>GAMMAGARD LIQUID</i>	
.....	83
<i>GAMMAGARD S/D IGA</i>	
<i>LESS TH</i>	83
<i>GAMMAKED</i>	83
<i>GAMMAPLEX</i>	83
<i>GAMUNEX-C</i>	83
<i>ganciclovir sodium</i> .	28
<i>GARDASIL 9</i>	84
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	87
<i>GATTEX</i>	77
<i>GAUZE PADS 2</i>	66
<i>gavilyte-c</i>	76
<i>gavilyte-g</i>	76
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	
.....	76
<i>GAVRETO</i>	36
<i>gefitinib</i>	36
<i>gemcitabine hcl</i>	32
<i>gemfibrozil</i>	45
<i>GEMTESA</i>	78
<i>generlac</i>	76
<i>genograf</i>	83
<i>GENOTROPIN</i>	74
<i>GENOTROPIN</i>	
<i>MINIQUICK</i>	74
<i>gentamicin in saline</i>	
<i>inj 0.8 mg/ml</i>	23
<i>gentamicin in saline</i>	
<i>inj 1 mg/ml</i>	23
<i>gentamicin in saline</i>	
<i>inj 1.2 mg/ml</i>	23
<i>gentamicin in saline</i>	
<i>inj 1.6 mg/ml</i>	23
<i>gentamicin in saline</i>	
<i>inj 2 mg/ml</i>	23
<i>gentamicin sulfate</i> ..	23
<i>gentamicin sulfate</i>	
<i>(ophth)</i>	87
<i>gentamicin sulfate</i>	
<i>(topical)</i>	94
<i>GENVOYA TAB</i>	27
<i>GILOTrif</i>	36
<i>glatiramer acetate</i> ..	62
<i>glatopa</i>	62
<i>GLEOSTINE</i>	31, 32
<i>glimepiride</i>	64
<i>glipizide</i>	64
<i>glipizide xl</i>	64
<i>glipizide-metformin hcl</i>	
<i>tab 2.5-250 mg</i> ...	64
<i>glipizide-metformin hcl</i>	
<i>tab 2.5-500 mg</i> ...	64
<i>glipizide-metformin hcl</i>	
<i>tab 5-500 mg</i>	64
<i>glycopyrrolate</i>	76
<i>glydo</i>	96
<i>GLYXAMBI TAB 10-5</i>	
<i>MG</i>	64
<i>GLYXAMBI TAB 25-5</i>	
<i>MG</i>	64
<i>GOMEKLI</i>	36
<i>granisetron hcl</i>	75
<i>griseofulvin microsize</i>	
.....	25
<i>griseofulvin</i>	
<i>ultramicrosize</i>	25
<i>guanfacine hcl</i>	48

<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	HUMULIN R U-500	<i>ibuprofen</i>
..... 59	KWIKPEN	21
HAEGARDA 79	<i>hydralazine hcl</i> 48	<i>icatibant acetate</i> 79
<i>hailey 1.5/30</i> 69	<i>hydrochlorothiazide</i> 48	<i>iclevia</i>
<i>hailey 24 fe</i> 69	<i>hydrocodone bitartrate</i>	<i>ICLUSIG</i> 36
<i>halobetasol propionate</i>	..... 21	<i>IDACIO (2 PEN)</i> 81
..... 95	<i>hydrocodone-</i>	<i>IDACIO (2 SYRINGE)</i>
<i>haloette</i> 69	<i>acetaminophen soln</i>	..... 81
<i>haloperidol</i> 53	7.5-325 mg/15ml 22	<i>IDACIO CROHN INJ</i>
<i>haloperidol decanoate</i>	<i>hydrocodone-</i>	DISEASE
..... 53	<i>acetaminophen tab</i>	81
<i>haloperidol lactate</i> .. 53	10-325 mg 22	<i>IDACIO PLAQU INJ</i>
HARVONI PAK 33.75-	<i>hydrocodone-</i>	PSORIASIS 81
150MG 28	<i>acetaminophen tab</i>	IDHIFA..... 36
HARVONI PAK 45-	5-325 mg 22	<i>imatinib mesylate</i> ... 36
200MG 28	<i>hydrocodone-</i>	IMBRUVICA 37
HARVONI TAB 45-	<i>acetaminophen tab</i>	<i>imipenem-cilastatin</i>
200MG 28	7.5-325 mg 22	intravenous for soln
HARVONI TAB 90-	<i>hydrocodone-</i>	250 mg 23
400MG 28	<i>acetaminophen tab</i>	<i>imipenem-cilastatin</i>
HAVRIX 84	7.5-325 mg 22	intravenous for soln
<i>heather</i> 69	<i>hydrocodone-</i>	500 mg 23
HEP SOD/NACL INJ	<i>ibuprofen tab</i> 7.5-	<i>imipramine hcl</i> 50
25000UNT 79	200 mg 22	<i>imiquimod</i> 96
<i>heparin sodium</i>	<i>hydrocortisone</i> 73	IMKELDI..... 37
(porcine) 79	<i>hydrocortisone</i>	IMOVAX RABIES
HEPLISAV-B..... 84	(intrarectal)..... 76	(H.D.C.V.) 84
HERCEP HYLEC SOL	<i>hydrocortisone (rectal)</i>	IMPAVIDO 23
60-10000 36	..... 96	INBRIJA 52
HERCEPTIN..... 36	<i>hydrocortisone</i>	<i>incassia</i> 69
HERZUMA..... 36	(topical) 95	INCRELEX..... 74
HIBERIX..... 84	<i>hydrocortisone sod</i>	INCRUSE ELLIPTA... 90
HUMIRA 81	succinate 73	<i>indapamide</i> 48
HUMIRA PEN..... 81	<i>hydrocortisone</i>	INFANRIX INJ 84
HUMIRA PEN KIT	valerate 95	INFLIXIMAB 81
PS/UV 81	<i>hydromorphone hcl</i> 22	INLYTA..... 37
HUMIRA PEN-	<i>hydroxychloroquine</i>	INQOVI TAB 35-
CD/UC/HS START 81	sulfate 82	100MG 32
HUMIRA PEN-	<i>hydroxyurea</i> 34	INREBIC..... 37
PEDIATRIC UC S.. 81	<i>hydroxyzine hcl</i> 90	INSULIN PEN
HUMULIN R U-500	<i>hydroxyzine pamoate</i>	NEEDLES: BD-
(CONCENTR 66	..... 90	EMBECTA..... 66
	<i>ibandronate sodium</i> 67	
	IBRANCE..... 36	
	<i>ibu</i> 21	

? Si tiene alguna pregunta, llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

INSULIN SAFETY NEEDLES: BD-EMBECTA.....	66	jantoven	79	kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj .85	
INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA	66	JANUMET TAB 50-1000	64	kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj .....85	
INTELENCE	26	JANUMET TAB 50-500MG.....	64	kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj....85	
INTRALIPID	87	JANUMET XR TAB 100-1000	64	kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj .....85	
<i>introvale</i>	69	JANUMET XR TAB 50-1000	64	kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj.....85	
INVEGA HAFYERA ...	53	JANUMET XR TAB 50-500MG.....	64	kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj .....85	
INVEGA SUSTENNA.	53	JANUVIA	64	kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj .85	
INVEGA TRINZA	53	JARDIANCE	64	kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj ...85	
IPOL INJ INACTIVE .	84	<i>jasmiel</i>	69	kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj...85	
<i>ipratropium bromide</i> 90		javygtor.....	74	kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &	
<i>ipratropium bromide</i> (nasal)	90	JAYPIRCA.....	37	nacl 0.45% inj.....85	
<i>ipratropium-albuterol</i>		JENTADUETO TAB 2.5-1000	64	kcl 40 meq/l (0.3%) in	
nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml	89	JENTADUETO TAB 2.5-500	64	dextrose 5% & nacl	
<i>irbesartan</i>	45	JENTADUETO TAB 2.5-850	64	0.45% inj .....86	
<i>irbesartan-</i> hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg .44		JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	64	kcl 40 meq/l (0.3%) in	
<i>irbesartan-</i> hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg .44		JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	64	dextrose 5% & nacl	
<i>irinotecan hcl</i>	34	<i>jinteli</i>	72	0.9% inj .....86	
ISENTRESS.....	26	<i>jolessa</i>	69	kcl 40 meq/l (0.3%) in	
ISENTRESS HD.....	26	<i>juleber</i>	69	nacl 0.9% inj .....86	
<i>isibloom</i>	69	JULUCA TAB 50-25MG	27	KCL/D5W/NAACL INJ	
ISOLYTE-P INJ /D5W	85	<i>junel</i> 1.5/30	69	0.3/0.9%.....86	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	85	<i>junel</i> 1/20	69	<i>kelnor</i> 1/35	69
<i>isoniazid</i>	27	<i>junel fe</i> 1.5/30	69	<i>kelnor</i> 1/50	69
<i>isosorbide dinitrate</i> .48		<i>junel fe</i> 1/20	69	KERENDIA	43
<i>isosorbide mononitrate</i>	48	<i>junel fe</i> 24	69	KESIMPTA	62
<i>isotretinoin</i>	94	JYLAMVO	82	<i>ketoconazole</i>	25
<i>isradipine</i>	47	JYNNEOS	84	<i>ketoconazole</i> (topical)	94
ITOVEBI	37	KADCYLA	37	ketorolac	
<i>itraconazole</i>	25	<i>kaitlib fe</i>	69	<i>tromethamine</i>	
<i>ivabradine hcl</i>	48	KALYDECO	91	(ophth)	88
<i>ivermectin</i>	23	KANJINTI	37	KEYTRUDA.....	37
IWLFIN	34	<i>kariva</i>	69	KINRIX INJ	84
IXCHIQ INJ	84	<i>kcl 10 meq/l (0.075%)</i> in dextrose 5% & nacl 0.45% inj 85		<i>kionex</i>	67
IXIARO INJ	84			KISQALI 200 DOSE.37	
JAKAFI	37			KISQALI 200 PAK	
				FEMARA	37
				KISQALI 400 DOSE.37	
				KISQALI 400 PAK	
				FEMARA	37

KISQALI 600 DOSE	.37	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	38	levocetirizine dihydrochloride ...	90
KISQALI 600 PAK		LENVIMA 12MG DAILY DOSE	38	levofloxacin	29
FEMARA.....	37	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	38	levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml	29
klayesta	94	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	38	levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml	
klor-con	86	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	38	.....	30
klor-con 10	86	LENVIMA CAP 14 MG	38	levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml	
klor-con 8.....	86	LENVIMA CAP 18 MG	38	.....	30
klor-con m10	86	LENVIMA CAP 24 MG	38	levonest	70
klor-con m15	86	lessina	70	levonor-eth est tab 0.15-	
klor-con m20	86	letrozole	33	0.02/0.025/0.03 mg ð est 0.01 mg	70
KOSELUGO	37	leucovorin calcium .	42	levonorgestrel & ethinyl estradiol (91- day) tab 0.15-0.03 mg	70
kourzeq.....	97	LEUKERAN	32	levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg ..	70
KRAZATI	37	leuprolide acetate ..	33	levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg..	70
kurvelo.....	69	levalbuterol hcl.....	90	levonorgestrel-eth estra tab 0.05- 30/0.075-40/0.125- 30mg-mcg	70
labetalol hcl	46	levalbuterol tartrate	90	levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90- 20 mcg	70
lacosamide	56	levetiracetam	57	levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)	70
lacosamide oral	56	LEVETIRACETAM	57	levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)	70
<i>lactated ringer's solution</i>	86	levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml	57		
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	96	levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml	57		
<i>lactulose</i>	76	levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml	57		
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	76	levobunolol hcl	89		
lamivudine.....	26	levocarnitine (metabolic modifiers)	74		
lamivudine (hbv)	28				
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg ..	27				
lamotrigine	56, 57				
lanreotide acetate...	74				
lansoprazole	78				
lapatinib ditosylate .	38				
larin 1.5/30	69				
larin 1/20	69				
larin 24 fe.....	69				
larin fe 1.5/30	69				
larin fe 1/20.....	69				
latanoprost	88				
layolis fe.....	69				
LAZCLUZE	38				
leflunomide.....	82				
lenalidomide	33				

Si tiene alguna pregunta, llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

<i>levora</i> 0.15/30-28 ..	70	<i>lopinavir-ritonavir soln</i>	LYBALVI TAB 20-10MG
<i>levo-t</i>	75	<i>400-100 mg/5ml</i>	..... 53
<i>levothyroxine sodium</i>		<i>(80-20 mg/ml)</i> ...	LYBALVI TAB 5-10MG
.....	75	27	..... 53
<i>levoxyl</i>	75	<i>lopinavir-ritonavir tab</i>	<i>lyleq</i> 70
<i>l-glutamine (sickle</i>		<i>100-25 mg</i>	<i>lyllana</i> 72
<i>cell)</i>	79	27	LYNPARZA 38
<i>lidocaine</i>	96	<i>lopinavir-ritonavir tab</i>	LYSODREN 33
<i>lidocaine hcl</i>	96	<i>200-50 mg</i>	LYTGOBI (12 MG
<i>lidocaine hcl (local</i>		27	DAILY DOSE) 38
<i>anesth.)</i>	21	<i>lorazepam</i>	LYTGOBI (16 MG
<i>lidocaine hcl (mouth-</i>		49	DAILY DOSE) 38
<i>throat)</i>	97	<i>lorazepam intensol</i> . 49	LYTGOBI (20 MG
<i>lidocaine-prilocaine</i>		LORBRENA	DAILY DOSE) 38
<i>cream 2.5-2.5%</i> ..	96	<i>loryna</i>	<i>lyza</i> 70
<i>lidocan</i>	96	<i>losartan potassium</i> . 45	<i>magnesium sulfate</i> . 86
LILETTA.....	70	<i>losartan potassium &</i>	MAGNESIUM SULFATE
<i>linezolid</i>	23, 24	<i>hydrochlorothiazide</i>	..... 86
LINEZOLID INJ		<i>tab 100-12.5 mg</i> . 44	<i>magnesium sulfate in</i>
<i>2MG/ML</i>	24	<i>losartan potassium &</i>	<i>dextrose 5% iv soln</i>
LINZESS.....	77	<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>1 gm/100ml</i> 86
<i>liothyronine sodium</i>	75	<i>tab 50-12.5 mg</i> .. 44	malathion 96
<i>lisinopril</i>	43	LOTEMAX	maraviroc 26
<i>lisinopril &</i>		<i>loteprednol etabonate</i>	marlissa 70
<i>hydrochlorothiazide</i>		..... 88	MARPLAN 50
<i>tab 10-12.5 mg</i> ...	43	<i>lovastatin</i>	MATULANE 34
<i>lisinopril &</i>		45	MAVYRET PAK 50-
<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>low-ogestrel</i>	20MG 28
<i>tab 20-12.5 mg</i> ...	43	<i>loxapine succinate</i> .. 53	MAVYRET TAB 100-
<i>lisinopril &</i>		LUMAKRAS.....	40MG 28
<i>hydrochlorothiazide</i>		LUMIGAN	meclizine hcl 75
<i>tab 20-25 mg</i>	43	LUMIZYME	medroxyprogesterone
<i>lithium</i>	61	74	acetate 74
<i>lithium carbonate</i> ...	61	LUPRON DEPOT (1-	medroxyprogesterone
LIVTENCITY	28	MONTH).....	acetate
<i>loestrin 1.5/30-21</i> ..	70	33	(contraceptive).... 70
<i>loestrin 1/20-21</i>	70	LUPRON DEPOT (3-	mefloquine hcl 25
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	70	MONTH).....	megestrol acetate . 33,
<i>loestrin fe 1/20</i>	70	33	74
LOKELMA.....	67	LUPRON DEPOT-PED	megestrol acetate
LONSURF TAB 15-6.14		(1-MONTH.....	(appetite) 74
.....	32	74	MEKINIST 38
LONSURF TAB 20-8.19		LUPRON DEPOT-PED	MEKTOVI 38
.....	32	(3-MONTH.....	meloxicam 21
<i>loperamide hcl</i>	77	74	memantine hcl 49
		LUPRON DEPOT-PED	
		(6-MONTH.....	
		74	
		<i>lurasidone hcl</i>	
		53	
		<i>lulera</i>	
		70	
		LYBALVI TAB 10-10MG	
		
		53	
		LYBALVI TAB 15-10MG	
		
		53	

memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack .49	
memantine hcl-	
donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg ....49	
memantine hcl-	
donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg ....49	
memantine hcl-	
donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg ....49	
MENACTRA INJ.....84	
MENQUADFI.....84	
MENVEO INJ .....84	
MENVEO SOL .....84	
mercaptopurine .....32	
meropenem .....24	
mesalamine .....76	
mesalamine w/ cleanser .....76	
mesna.....42	
MESNEX .....42	
metformin hcl .....64	
methadone hcl .....22	
methadone hydrochloride i ....22	
methazolamide.....48	
methenamine hippurate.....24	
methimazole .....75	
methocarbamol .....62	
methotrexate sodium .....32, 82	
methylsuximide .....57	
methylphenidate hcl .....59, 60	
methylprednisolone 73	
methylprednisolone acetate.....73	
methylprednisolone sod succ .....73	
methyltestosterone .....63	
metoclopramide hcl 75	
metolazone .....48	
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg ... 46	
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg ... 46	
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg 46	
metoprolol succinate .....47	
metoprolol tartrate. 47	
metronidazole 24	
metronidazole (topical) 96	
metronidazole vaginal 78	
metyrosine.....48	
mibelas 24 fe 70	
micafungin sodium. 25	
microgestin 1.5/30. 70	
microgestin 1/20 ... 70	
microgestin fe 1.5/30 70	
microgestin fe 1/20 70	
midodrine hcl 48	
MIEBO.....89	
mifepristone (hyperglycemia).. 74	
mili 70	
mimvey 72	
minocycline hcl 31	
minoxidil.....48	
mirtazapine 50	
misoprostol 77	
MITIGARE 21	
M-M-R II INJ 84	
M-NATAL PLUS TAB 86	
modafinil 63	
moexipril hcl 43	
molindone hcl 53	
mometasone furoate 95	
MONJUVI.....38	
mono-linyah 70	
montelukast sodium 91	
morphine sulfate 22	
MOUNJARO.....64	
MOVANTIK 77	
moxifloxacin hcl 30	
moxifloxacin hcl (ophth) 87	
moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj .30	
MRESVIA.....84	
MULTAQ 45	
multiple electrolytes ph 5.5 86	
multiple electrolytes ph 7.4 86	
mupirocin 94	
mycophenolate mofetil 83	
mycophenolate sodium 83	
MYRBETRIQ 78	
nabumetone 21	
nadolol.....47	
nafcillin sodium 30	
NAGLAZYME 74	
nalbuphine hcl 22	
naloxone hcl 63	
naltrexone hcl 63	
NAMZARIC CAP 14- 10MG 50	
NAMZARIC CAP 21- 10MG 50	
NAMZARIC CAP 28- 10MG 50	

Si tiene alguna pregunta, llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

NAMZARIC CAP 7-
 10MG 49
 NAMZARIC CAP PACK
 50
naproxen 21
naproxen dr 21
naproxen sodium 21
naratriptan hcl 61
 NATACYN 88
nateglinide 65
 NAYZILAM 57
nebivolol hcl 47
necon 0.5/35-28 70
nefazodone hcl 50
neomycin sulfate 24
neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin 88
neomycin-polymyx-gramcid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml 88
neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1% .. 87
neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1% . 87
neomycin-polymyxin-hc ophth susp 87
neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%.... 89
neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1% 89
neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin 88
neo-polycin hc ophth oint 1% 87
 NERLYNX 39
nevirapine 26
 NEXLETOL 46

NEXLIZET TAB
 180/10MG 46
 NEXPLANON 70
niacin
 (*antihyperlipidemic*)
 46
nicardipine hcl 47
 NICOTROL INHALER 63
 NICOTROL NS..... 63
nifedipine 47
nikki 70
nilutamide 33
nimodipine 47
 NINLARO 39
nitazoxanide 24
nitisinone 74
 NITRO-BID 48
nitrofurantoin
 macrocrystal 24
nitrofurantoin
 monohyd macro .. 24
nitroglycerin 48
nitroglycerin (intra-anal) 96
nizatidine 76
nora-be 70
norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr 70
norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg 70
norethindrone
 (*contraceptive*) ... 71
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg 71
norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg 71
norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24) 71
norethindrone acetate 74
norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg .. 72
norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg 72
norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg 71
norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg 71
norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg 71
norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg 71
norlyroc 71
nortrel 0.5/35 (28) . 71
nortrel 1/35 (21).... 71
nortrel 1/35 (28).... 71
nortrel 7/7/7..... 71
nortriptyline hcl..... 51
 NORVIR 26
 NOVOLIN INJ 70/30 66
 NOVOLIN INJ 70/30 FP
 66
 NOVOLIN N 66
 NOVOLIN N FLEXPEN
 66
 NOVOLIN R 66
 NOVOLIN R FLEXPEN
 66
 NOVOLOG 66
 NOVOLOG FLEXPEN 66
 NOVOLOG MIX INJ
 70/30..... 66
 NOVOLOG MIX INJ
 FLEXPEN..... 66
 NOVOLOG PENFILL . 66
 NUBEQA 33
 NUEDEXTA CAP 20-10MG 61

NULOJIX.....	83	hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg	44	OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	67
NUPLAZID	54	<i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> tab 40-10-12.5 mg	44	OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	67
NURTEC	61	<i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> tab 40-10-25 mg	44	OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	67
NUTRILIPID	87	<i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> tab 40-5-12.5 mg	44	OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	67
NUZYRA	31	<i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> tab 40-5-25 mg	44	OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	67
nyamyc	94	<i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> tab 40-5-12.5 mg	44	OMNIPOD MIS CLASSIC.....	67
nylia 1/35.....	71	<i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> tab 40-5-25 mg	44	ondansetron	75
nylia 7/7/7	71	<i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> tab 40-5-25 mg	44	ondansetron hcl	75
nystatin.....	25	<i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> tab 40-5-25 mg	44	ONTRUZANT	39
nystatin (mouth- throat)	97	<i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> tab 40-5-25 mg	44	ONUREG.....	32
nystatin (topical)	94	<i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> tab 40-5-25 mg	44	OPIPZA	54
nystop	94	<i>omega-3-acid ethyl</i> <i>esters cap 1 gm</i>	46	OPSUMIT.....	49
ocella	71	<i>omeprazole</i>	78	ORGOVYX.....	33
OCTAGAM.....	83	OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6.....	66	ORKAMBI GRA 100- 125.....	91
octreotide acetate...	74	OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6.....	66	ORKAMBI GRA 150- 188.....	91
ODEFSEY TAB	27	OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	66	ORKAMBI GRA 75- 94MG	91
ODOMZO	39	OMNIPOD 5 G7 MIS PODS.....	66	ORKAMBI TAB 100- 125.....	91
OFEV	91	OMNIPOD 5 LB KIT INTRO G6	66	ORKAMBI TAB 200- 125.....	91
ofloxacin (ophth)	88	OMNIPOD 5 LB MIS PODS G6.....	66	ORSERDU	33
ofloxacin (otic)	89	OMNIPOD DASH KIT INTRO	66	<i>oseltamivir phosphate</i>	28
OGIVRI	39	OMNIPOD DASH MIS PODS.....	66	oxacillin sodium	30
OGSIVEO.....	39	OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	66	oxaliplatin	32
OJEMDA	39	OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	67	oxcarbazepine.....	57
OJJAARA.....	39			oxybutynin chloride	78
olanzapine	54			oxycodone hcl.....	22
olmesartan medoxomil	45			oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg	22
olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	44				
olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg	44				
olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-25 mg	44				
olmesartan- amlodipine-					



Si tiene alguna pregunta, llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	22
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	22
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	22
OXYCONTIN	22
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	65
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE).....	65
OZEMPIC (1MG/DOSE)	65
OZEMPIC (2MG/DOSE)	65
pacerone	45
paclitaxel.....	34
paclitaxel inj 100mg	34
paliperidone.....	54
pamidronate disodium	67
PAMIDRONATE DISODIUM	67
PANRETIN.....	96
pantoprazole sodium	78
PANZYGA.....	83
paricalcitol	75
paroxetine hcl	51
PAXLOVID PAK	28
PAXLOVID TAB 150- 100.....	28
PAXLOVID TAB 300- 100.....	28
pazopanib hcl.....	39
PEDIARIX INJ 0.5ML84	
PEDVAX HIB	84
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm.....	77
peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm	77
PEGASYS	28
PEMAZYRE	39
pemetrexed disodium	32
PENBRAYA INJ	84
penicillamine	67
penicillin g potassium	30
penicillin g sodium .	30
penicillin v potassium	30
PENTACEL INJ	84
pentamidine isethionate inh	24
pentamidine isethionate inj.....	24
pentoxifylline.....	79
perindopril erbumine	43
periogard	97
permethrin	96
perphenazine	54
pfizerpen	30
phenelzine sulfate ..	51
phenobarbital	57
phenobarbital sodium	57
phenytek	57
phenytoin	57
phenytoin sodium ..	57
phenytoin sodium extended.....	57
PHESGO SOL.....	39
philith.....	71
PIFELTRO	26
pilocarpine hcl	89
pilocarpine hcl (oral)	97
pimecrolimus.....	96
pimozide.....	54
pimtrea	71
pindolol	47
pioglitazone hcl.....	65
pioglitazone hcl- metformin hcl tab 15-850 mg	65
piperacillin sod- tazobactam na for inj 3.375 gm (3- 0.375 gm)	31
piperacillin sod- tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)	31
piperacillin sod- tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)	31
piperacillin sod- tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)	31
piperacillin sod- tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)	31
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	39
PIQRAY 250MG TAB DOSE	39
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	39
pirfenidone	92
piroxicam	21
plenamine	87
PLENUV SOL	77
podofilox	96
polycin ophth oint...	88
polymyxin b sulfate	24
polymyxin b- trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml- 0.1%	88
POMALYST	33
portia-28.....	71
posaconazole	25
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ..	86
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ ...	86

POT CHL 40MEQ/L IN	PRIMAQUINE	QULIPTA
NACL 0.9% INJ....	PHOSPHATE	61
potassium chloride..	<i>primidone</i>	RABAVERT INJ
potassium chloride 20	PRIORIX INJ.....	78
meq/l (0.15%) in	PRIVIGEN	RALDESY.....
dextrose 5% inj...86	<i>probenecid</i>	51
potassium chloride	<i>prochlorperazine</i>	raloxifene hcl
microencapsulated	<i>prochlorperazine</i>	74
crystals er.....86	<i>edisylate</i>	ramipril
potassium citrate	<i>prochlorperazine</i>	43
(alkalinizer)	<i>maleate</i>	ranolazine
pramipexole	PROCRT.....	52
dihydrochloride....52	<i>proctocort</i>	reclipsen
prasugrel hcl.....80	<i>procto-med hc</i>	85
pravastatin sodium .45	<i>proctosol hc</i>	REGRANEX
praziquantel.....24	<i>proctozone-hc</i>	97
prazosin hcl	<i>progesterone</i>	RELENZA DISKHALER
prednisolone	PROGRAF .....	.....28
prednisolone acetate	PROLASTIN-C.....	RELISTOR.....
(<i>ophth</i>).....88	PROLIA.....	81
PREDNISOLONE	<i>promethazine hcl</i> ...	RENFLEXIS
SODIUM PHOSP...88	<i>propafenone hcl</i>	repaglinide
prednisolone sodium	<i>proparacaine hcl</i>	REPATHA.....
<i>phosphate</i>.....73	<i>propranolol hcl</i>	46
prednisone	<i>propylthiouracil</i>	REPATHA
PREDNISONE	PROQUAD INJ.....	PUSHTRONEX
INTENSOL.....73	PROSOL INJ 20%...	SYSTEM.....46
pregabalin	<i>protriptyline hcl</i>	REPATHA SURECLICK
PREMASOL SOL 10%	PULMOZYME.....	.....46
.....87	PURIXAN.....	RESTASIS
PRENATAL TAB 27-	<i>pyrazinamide</i>	RESTASIS MULTIDOSE
1MG.....86	<i>pyridostigmine</i>	.....89
PRENATAL TAB PLUS	<i>bromide</i>	RETEVMO
.....86	<i>pyrimethamine</i>	REVUFORJ
prevalite	PYZCHIVA	REXULTI.....54
PREVYMIS	QINLOCK	REYATAZ
PREZCOBIX TAB 800-	QUADRACEL INJ 0.5ML	REZLIDHIA
150.....27	.....84	REZUROCK
PREZISTA	<i>quetiapine fumarate</i> 54	RHOPRESSA
PRIFTIN.....27	<i>quinapril hcl</i>	ribavirin (<i>hepatitis c</i>)
<i>primaquine phosphate</i>	<i>quinidine sulfate</i> ....	.....28
.....25	<i>quinine sulfate</i>	rifabutin
		rifampin
		riluzole.....61
		rimantadine
		<i>hydrochloride</i>
		RINVOQ
		RINVOQ LQ

? Si tiene alguna pregunta, llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

risedronate sodium	67	SIMBRINZA SUS 1-	STIVARGA	40
risperidone	54	0.2%	streptomycin sulfate	24
risperidone		simliya	STRIBILD TAB	27
microspheres	54	simpesse	subvenite	58
ritonavir	26	simvastatin	sucralfate	77
rivaroxaban	79	sirolimus.....	sulfacetamide sodium (acne)	94
rivastigmine	50	SIRTURO	sulfacetamide sodium (ophth)	88
rivastigmine tartrate	50	SKYRIZI.....	sulfacetamide sodium- prednisolone ophth soln 10-	
rivilsa	71	SKYRIZI PEN	0.23(0.25)%.....	87
rizatriptan benzoate	61	sod sulfate-pot sulf-	sulfadiazine	24
ROCKLATAN DRO	89	mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6	sulfamethoxazole- trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml ...	24
roflumilast	92	gm/177ml	sulfamethoxazole- trimethoprim susp 200-40 mg/5ml ...	24
ROMVIMZA	40	sodium chloride	sulfamethoxazole- trimethoprim tab 400-80 mg	24
ropinirole		sodium chloride (gu	sulfamethoxazole- trimethoprim tab 800-160 mg	24
hydrochloride	52	irrigant)	sulfamethoxazole- trimethoprim tab 800-160 mg	24
rosuvastatin calcium	45	sodium fluoride chew;	SULFAMYLON	94
ROTARIX SUS	85	tab; 1.1 (0.5 f)	sulfasalazine	76
ROTATEQ SOL	85	mg/ml soln.....	sulindac	21
roweepra	57	SODIUM OXYBATE .	sumatriptan	61
ROZLYTREK	40	63	sumatriptan succinate	61
RUBRACA	40	sodium phenylbutyrate	.....
rufinamide	57	.....	sunitinib malate	40
RUKOBIA	26	sodium polystyrene	SUNLENCA	26
RYBELSUS	65	sulfonate powder	syeda	71
RYDAPT	40	76	SYMDEKO TAB 100-	
sajazir	80	solifenacin succinate	150.....	92
SANTYL	97	78	SYMDEKO TAB 50-	
sapropterin		SOLIQUA INJ 100/33	75MG	92
dihydrochloride	74	.....	SYMPAZAN	58
SCEMBLIX	40	33	SYMTUZA TAB.....	27
scopolamine	76	SOLTAMOX.....	SYNAREL.....	74
SECUADO	54	SOLU-CORTEF	SYNJARDY TAB 12.5-	
selegiline hcl	52	73	1000MG	65
selenium sulfide	94	SOMATULINE DEPOT	SYNJARDY TAB 12.5-	
SELZENTRY	26	.....	500.....	65
SEREVENT DISKUS	91	SOMAVERT.....		
sertraline hcl	51	sorafenib tosylate ..		
setlakin	71	40		
sharobel	71	sotalol hcl		
SHINGRIX	85	45		
SIGNIFOR	74	sotalol hcl (afib/afl)		
SIKLOS	80	45		
sildenafil citrate		SOTYKTU		
(pulmonary		81		
hypertension)	49	spironolactone		
silver sulfadiazine	94	43		
		spironolactone &		
		hydrochlorothiazide		
		tab 25-25 mg		
		48		
		sprintec 28.....		
		71		
		SPRITAM.....		
		57, 58		
		sps.....		
		68		
		sps rectal.....		
		68		
		sronyx.....		
		71		
		ssd.....		
		94		
		STELARA.....		
		82		

SYNJARDY TAB 5-1000MG.....	65	telmisartan- amlodipine tab 40-5 mg	44	tiagabine hcl	58
SYNJARDY TAB 5-500MG	65	telmisartan- amlodipine tab 80-10 mg.....	44	TIBSOVO.....	40
SYNJARDY XR TAB 10-1000	65	telmisartan- amlodipine tab 80-5 mg	44	ticagrelor	80
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	65	telmisartan- hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg ..	44	TICOVAC.....	85
SYNJARDY XR TAB 25-1000	65	telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg ..	45	tigecycline	31
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG.....	65	telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80-25 mg ..	45	tilia fe	71
SYNTHROID	75	temazepam	60	timolol maleate	47
TABLOID	32	TENIVAC INJ 5-2LF ..	85	timolol maleate (ophth)	89
TABRECTA	40	tenofovir disoproxil fumarate.....	26	tinidazole	24
tacrolimus	84	TEPMETKO	40	TIVICAY	26
tacrolimus (topical)	96	terazosin hcl.....	43	TIVICAY PD	26
tadalafil	78	terbinafine hcl	25	tizanidine hcl	62
tadalafil (pulmonary hypertension)	49	terbutaline sulfate..	91	TOBI PODHALER	24
TAFINLAR	40	terconazole vaginal ..	78	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	87
TAGRISSO	40	TERIPARATIDE	67	tobramycin	24
TALZENNA	40	testosterone	64	tobramycin (ophth)	88
tamoxifen citrate	33	testosterone cypionate	64	tobramycin sulfate..	24
tamsulosin hcl	78	testosterone	64	tobramycin- dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%	87
tarina 24 fe.....	71	teranthatate	64	tolterodine tartrate ..	78
tarina fe 1/20 eq	71	testosterone pump ..	64	topiramate	58
TASIGNA	40	tetrabenazine	61	toremifene citrate...	33
tasimelteon.....	60	tetracycline hcl	31	torpenz	41
TAVNEOS	80	THALOMID	33	torsemide	48
tazarotene	95	THEO-24.....	92	TOUJE MAX SOLOSTAR.....	67
tazicef.....	29	theophylline	92	TOUJE SOLOSTAR	67
TAZORAC	95	thioridazine hcl	54	TPN ELECTROL INJ ..	86
TAZVERIK.....	40	thiothixene.....	55	TRADJENTA	65
TECENTRIQ.....	40	tiadylt er.....	47	tramadol hcl	22
TECENTRIQ INJ HYBREZA.....	40	tramadol- acetaminophen tab 37.5-325 mg.....	22	tramadol- trandolapril.....	43
TEFLARO	29	tranexamic acid	80	tranylcyprromine sulfate.....	51
telmisartan	45	TRAVASOL INJ 10% ..	87		
telmisartan- amlodipine tab 40-10 mg	44				

Si tiene alguna pregunta, llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

TRAZIMERA	41
<i>trazodone hcl</i>	51
TRECATOR.....	27
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	89
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	90
TREMFYA.....	82
TREMFYA INDUCTION PACK FO	82
<i>treprostинil</i>	49
TRESIBA.....	67
TRESIBA FLEXTOUCH	67
<i>tretinoin</i>	94
<i>tretinoin</i> (chemotherapy)...	34
<i>triamcinolone</i> acetonide (mouth)	97
<i>triamcinolone</i> acetonide (topical)	95
<i>triamterene &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>cap 37.5-25 mg</i> ...	48
<i>triamterene &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 37.5-25 mg</i> ...	48
<i>triamterene &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 75-50 mg</i>	48
<i>tridacaine ii</i>	96
<i>triderm</i>	95
<i>trientine hcl</i>	68
<i>tri-estarylla</i>	71
<i>trifluoperazine hcl</i> ...	55
<i>trifluridine</i>	88
<i>trihexyphenidyl hcl</i> .	52
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	65
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5- 1000MG.....	65
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	65
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	65
TRIKAFTA PAK 59.5MG	92
TRIKAFTA PAK 75MG	92
TRIKAFTA TAB 100- 50-75MG & 150MG	92
TRIKAFTA TAB 50-25- 37.5MG & 75MG..	92
<i>tri-legest fe</i>	71
<i>tri-linyah</i>	71
<i>tri-lo-estarylla</i>	71
<i>tri-lo-marzia</i>	71
<i>tri-lo-mili</i>	71
<i>tri-lo-sprintec</i>	71
<i>trimethoprim</i>	24
<i>tri-mili</i>	72
<i>trimipramine maleate</i>	51
TRINTELLIX.....	51
<i>tri-nymyo</i>	72
<i>tri-sprintec</i>	72
TRIUMEQ PD TAB... 27	27
TRIUMEQ TAB.....	27
<i>trivora-28</i>	72
<i>tri-vylibra</i>	72
<i>tri-vylibra lo</i>	72
TROGARZO	26
TROPHAMINE INJ 10%	87
<i>trospium chloride</i> ...	78
TRUE METRIX KIT AIR	97
TRUE METRIX KIT METER	97
TRUE METRIX STRIPS	97
TRULICITY	65
TRUMENBA.....	85
TRUQAP.....	41
TRUXIMA	41
TUKYSA	41
TURALIO	41
<i>turqoz</i>	72
<i>twice-daily</i> <i>clindamycin</i> <i>phosphate (topical)</i>	94
TWINRIX INJ	85
TYBOST.....	26
<i>tydemy</i>	72
TYENNE.....	82
TYPHIM VI.....	85
UBRELVY	61
<i>unithroid</i>	75
<i>ursodiol</i>	77
<i>valacyclovir hcl</i>	28
VALCHLOR.....	96
<i>valganciclovir hcl</i>	28
<i>valproate sodium</i> ...	58
<i>valproic acid</i>	58
<i>valsartan</i>	45
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 160-12.5 mg</i> .45	
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 160-25 mg</i> ....45	
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 320-12.5 mg</i> .45	
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 320-25 mg</i> ....45	
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 80-12.5 mg</i> ...45	
VALTOCO 10 MG DOSE	58
VALTOCO 15 MG DOSE	58
VALTOCO 5 MG DOSE	58
<i>valtya 1/50</i>	72
<i>vancomycin hcl</i>	24
VANCOMYCIN INJ 1 GM	24
VANCOMYCIN INJ 500MG	24

VANCOMYCIN INJ	VIVOTIF CAP EC	85
750MG	xelria fe	72
VANFLYTA.....	XERMELO	77
VAQTA	XGEVA	67
varenicline tartrate .	XHANCE	92
varenicline tartrate tab	XIFAXAN	77
11 x 0.5 mg & 42 x	XIGDUO XR TAB 10-	
1 mg start pack ...	1000	65
VARIVAX	XIGDUO XR TAB 10-	
85	500MG	65
VASCEPA.....	XIGDUO XR TAB 2.5-	
VAXCHORA SUS	1000	65
velivet.....	XIGDUO XR TAB 5-	
VELSIPITY	1000MG	65
VENCLEXTA	XIGDUO XR TAB 5-	
41	500MG	65
VENCLEXTA TAB	WELIREG	34
START PK	werा	72
venlafaxine hcl	WESTAB PLUS TAB	
VENTOLIN HFA.....	27-1MG	86
VENTOLIN HFA	wixela inhub	93
(INSTITUTIONAL	wymzya fe	72
PACK)	XALKORI.....	41
VEOZAH	xarah fe.....	72
verapamil hcl	XARELTO	79
VERQUVO	XARELTO STAR TAB	
VERSACLOZ	15/20MG.....	79
VERZENIO	XATMEP	82
vestura	XCOPRI	58
vienna.....	XCOPRI PAK 100-150	
vigabatrin .....	.....	58
vigadronе	XCOPRI PAK 12.5-25	
VIGAFYDE.....	.....	58
vigpoder.....	XCOPRI PAK 150-	
vilazodone hcl	200MG	
VIMKUNYA.....	(MAINTENANCE) .	58
vincristine sulfate ..	XCOPRI PAK 150-	
vinorelbine tartrate .	200MG (TITRATION)	
viorele .....	.....	58
VIRACEPT	XCOPRI PAK 50-	
VIREAD	100MG.....	58
VITRAKVI	XDEMVY	88
VIVIMUSTA.....	XELJANZ	82
VIVITROL		

? Si tiene alguna pregunta, llame a Central Health Medicare Plan al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

<i>zafirlukast</i>	91	ZENPEP CAP 25000UNT	77	ZIRABEV	42
<i>zaleplon</i>	60	ZENPEP CAP 3000UNIT	77	ZIRGAN.....	88
ZARXIO.....	79	ZENPEP CAP 40000UNT	77	<i>zoledronic acid</i>	67
ZEGALOGUE	73	ZENPEP CAP 5000UNIT	77	ZOLINZA	42
ZEJULA	42	ZENPEP CAP 60000UNT	77	<i>zolpidem tartrate</i>	60
ZELBORA ^F	42	ZERVIATE	88	ZONISADE.....	58
ZEMAIRA	92	<i>zidovudine</i>	26	<i>zonisamide</i>	58
<i>zenatane</i>	94	<i>ziprasidone hcl</i>	55	<i>zovia 1/35</i>	72
ZENPEP CAP 10000UNT	77	<i>ziprasidone mesylate</i>	55	ZTALMY.....	59
ZENPEP CAP 15000UNT	77			<i>zumandimine</i>	72
ZENPEP CAP 20000UNT	77			ZURZUVAE	51
				ZYDELIG	42
				ZYKADIA	42
				ZYLET SUS 0.5-0.3%	
				.....	87



**CENTRAL HEALTH
MEDICARE PLAN**

**Central Health Medi-Medi Plan I (HMO D-SNP)
un plan Medi-Cal de Medicare**

Este formulario se actualizó el 07/01/2025.

Para obtener la información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local o visite <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.