

# Memorial Hermann *Advantage* HMO

## Formulario resumido para 2019

### (Lista parcial de medicamentos cubiertos)

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

HPMS Approved Formulary File Submission ID 19563, Version Number 4

Este formulario resumido se actualizó el 08/24/2018. Esta no es una lista completa de los medicamentos que cubre nuestro plan. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con Memorial Hermann *Advantage* HMO al 855-645-8448, 1 de octubre a 31 de marzo: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 días a la semana horario de la zona central y 1 de abril a 30 de septiembre: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., lunes a viernes horario de la zona central (los usuarios de TTY deben llamar al 711), o visite [healthplan.memorialhermann.org/medicare](http://healthplan.memorialhermann.org/medicare).

**Nota para los miembros actuales:** este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Memorial Hermann *Advantage* HMO. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Memorial Hermann *Advantage* HMO.

Este documento incluye una lista parcial de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 08/24/2018. Para obtener un formulario completo, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2019 y periódicamente durante el año.

### **¿Qué es el Formulario resumido de Memorial Hermann *Advantage* HMO?**

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Memorial Hermann *Advantage* HMO con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se considera que son parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad.

Normalmente, Memorial Hermann *Advantage* HMO cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de Memorial Hermann *Advantage* HMO y se cumpla con otras normas del plan. Para

obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

Este documento es un formulario parcial y solo incluye algunos de los medicamentos cubiertos por Memorial Hermann *Advantage* HMO. Para consultar la lista completa de todos los medicamentos con receta cubiertos por Memorial Hermann *Advantage* HMO, visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

## ¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2019 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2019, excepto cuando esté disponible un nuevo medicamento genérico de menor costo, cuando se dé a conocer nueva información acerca de la seguridad o eficacia del medicamento, o el medicamento sea retirado del mercado. (Consulte los puntos a continuación para obtener más información sobre cambios que afectan a los miembros que actualmente toman el medicamento). Otros tipos de cambios en el Formulario, por ejemplo, la eliminación de un medicamento, no afectarán a los miembros que estén actualmente tomando el medicamento. Por el resto del año de cobertura, continuará disponible al mismo costo compartido para aquellos miembros que estén tomándolo. A continuación se incluyen cambios en la Lista de medicamentos que también afectarán a los miembros que actualmente toman un medicamento:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
  - Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionaremos también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Memorial Hermann *Advantage* HMO?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentre en el Formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente. O bien, podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos

medicamentos de nuestro Formulario, agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado en un medicamento o si pasamos un medicamento a un nivel superior de costo compartido, debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.

El Formulario adjunto está vigente a partir del 08/24/2018. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Memorial Hermann *Advantage* HMO, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Si a mitad de año se realiza un cambio en el formulario, que no sea de mantenimiento, proporcionaremos los detalles en la Explicación de Beneficios de Medicare Parte D o directa a través de envíos de miembros. Para revisar o imprimir los cambios realizados en el formulario durante el año, visite nuestro sitio web ([healthplan.memorialhermann.org/medicare](http://healthplan.memorialhermann.org/medicare)) y consulte el Anexo del formulario en la página “Buscar un medicamento”. Si desea recibir una copia del Anexo del formulario en su domicilio, llame al Servicio de Atención al Cliente de Memorial Hermann *Advantage* HMO al 855-645-8448, 1 de octubre a 31 de marzo: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 días a la semana horario de la zona central y 1 de abril a 30 de septiembre: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., lunes a viernes horario de la zona central. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

## **¿Cómo utilizo el Formulario?**

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

### **Afección médica**

El Formulario comienza en la página 8. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría “agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 8. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

### **Listado alfabético**

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 77. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

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

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

## ¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 8. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado un documento en línea que explica(n) nuestra(s) restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a Memorial Hermann *Advantage* HMO que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Memorial Hermann *Advantage* HMO?” en la página 5 para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

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

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto. Este documento incluye solo una lista parcial de los medicamentos cubiertos, por eso es posible que Memorial Hermann *Advantage* HMO cubra su medicamento. Para obtener más información, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Si resulta que Memorial Hermann *Advantage* HMO no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

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

## **¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Memorial Hermann *Advantage* HMO?**

Puede solicitarle a Memorial Hermann *Advantage* HMO que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

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

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

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cobertura para una excepción al Formulario, nivel o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario, nivel o a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la excepción, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

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

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el Formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el Formulario pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

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

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 93 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la excepción al formulario.

Como miembro actual de nuestro plan, en caso de internación cubierta en un hospital o centro de enfermería especializada, los medicamentos que obtenga durante su estadía se cubrirán conforme a su beneficio médico y no a su beneficio para medicamentos recetados de Medicare Parte D.

Cuando se le dé el alta para regresar a su casa o lo trasladen a un centro de atención a largo plazo, es posible que reciba cobertura para muchos de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que obtenga en una farmacia conforme a la cobertura de Medicare Parte D. El traslado de un entorno de tratamiento a otro se denomina cambio de nivel de atención. Debido a que su cobertura de medicamentos difiere en función del entorno en el que obtenga el medicamento, es posible que un medicamento que estaba tomando y que tenía cobertura conforme a su beneficio médico no tenga cobertura por medio de Medicare Parte D (por ejemplo, vitaminas o medicamentos para la tos). Si esto sucede, tendrá que pagar el costo total de ese medicamento, a menos que tenga otra cobertura (por ejemplo, cobertura de grupo patrocinada por el empleador).

## **Para obtener más información**

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de Memorial Hermann *Advantage* HMO, consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Memorial Hermann *Advantage* HMO, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

## **Formulario de Memorial Hermann *Advantage* HMO**

El formulario resumido que comienza en la siguiente página proporciona información acerca de la cobertura de algunos de los medicamentos cubiertos por Memorial Hermann *Advantage* HMO. Si tiene alguna

dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 77.

Recuerde: esta es solo una lista parcial de los medicamentos que cubre Memorial Hermann *Advantage* HMO. Si su medicamento con receta no se encuentra en este formulario parcial, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si Memorial Hermann *Advantage* HMO tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b>ANALGESICS</b>		
<b><u>OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING</u></b>		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 5 mcg/hr</i>	Tier 3	MO
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr</i>	Tier 2	PA; MO; QL (10 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 30 mg</i>	Tier 2	MO
<b><u>OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING</u></b>		
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	Tier 1	MO
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>	Tier 2	PA; MO; QL (240 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	Tier 2	MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-asa-caff-codeine oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	Tier 2	MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	MO
FENTORA BUCCAL TABLET 400 MCG	Tier 4	PA; MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg</i>	Tier 2	MO
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 5-200 mg</i>	Tier 2	MO
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg</i>	Tier 1	MO
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 2 mg/ml</i>	Tier 2	MO
<i>meperidine hcl injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 2	BvD; MO
<i>methadone hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	MO
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg</i>	Tier 2	MO
<i>oxycodone-aspirin oral tablet 4.8355-325 mg</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>oxycodone-ibuprofen oral tablet 5-400 mg</i>	Tier 2	MO
<i>oxymorphone hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>pentazocine-naloxone hcl oral tablet 50-0.5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	MO; QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Tier 2	MO; QL (240 EA per 30 days)

## ANESTHETICS

### LOCAL ANESTHETICS

<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	Tier 4	PA; MO; QL (30 GM per 30 days)
--	--------	--------------------------------

## ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

### ALCOHOL DETERRENENTS/ANTI-CRAVING

<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	Tier 2	MO
<i>disulfiram oral tablet 250 mg</i>	Tier 2	MO

### OPIOID ANTAGONISTS

<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</i>	Tier 2	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>butorphanol tartrate nasal solution 10 mg/ml</i>	Tier 2	MO; QL (10 ML per 30 days)
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	Tier 2	MO
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML	Tier 3	MO; QL (2 EA per 30 days)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	Tier 5	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b><u>SMOKING CESSATION AGENTS</u></b>		
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	Tier 2	MO
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG	Tier 3	MO
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	Tier 4	MO
<b>ANTIBACTERIALS</b>		
<b><u>AMINOGLYCOSIDES</u></b>		
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>	Tier 2	BvD; MO
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%</i>	Tier 2	MO
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	Tier 2	MO
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	Tier 2	MO
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	Tier 4	MO
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	Tier 2	MO
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	Tier 5	PA; MO; QL (224 EA per 56 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml</i>	Tier 4	MO
<b><u>ANTIBACTERIALS, OTHER</u></b>		
<i>clindamycin hcl oral capsule 75 mg</i>	Tier 1	MO
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	Tier 4	MO
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml</i>	Tier 4	MO
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml</i>	Tier 2	BvD; MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	Tier 4	MO
<i>dapsone oral tablet 25 mg</i>	Tier 2	MO
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Tier 5	PA; MO
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	Tier 5	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	Tier 1	MO
<i>metronidazole in nacl intravenous solution 500-0.79 mg/100ml-%</i>	Tier 2	BvD; MO
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	Tier 2	MO
MONUROL ORAL PACKET 3 GM	Tier 4	MO; QL (2 EA per 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	Tier 2	MO
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	Tier 2	MO
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>	Tier 2	MO
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG	Tier 4	BvD; MO
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	Tier 5	BvD; MO
<i>tinidazole oral tablet 250 mg</i>	Tier 2	MO
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	MO
<i>vancomycin hcl in dextrose intravenous solution 750-5 mg/150ml-%</i>	Tier 2	BvD; MO
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 500-0.9 mg/100ml-%</i>	Tier 2	BvD; MO
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 5000 mg, 750 mg</i>	Tier 2	BvD; MO
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	Tier 5	PA; MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b><u>BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS</u></b>		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg</i>	Tier 2	MO
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	Tier 2	MO
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 500 mg</i>	Tier 2	MO
<i>cefдинир oral capsule 300 mg</i>	Tier 2	MO
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	Tier 4	MO
<i>cefotaxime sodium injection solution reconstituted 500 mg</i>	Tier 2	MO
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	Tier 4	BvD; MO
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg</i>	Tier 2	MO
<i>cefprozil oral tablet 250 mg</i>	Tier 2	MO
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm</i>	Tier 4	MO
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 250 mg</i>	Tier 2	BvD; MO
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg</i>	Tier 2	MO
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	Tier 2	MO
<i>cephalexin oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	MO
SUPRAX ORAL CAPSULE 400 MG	Tier 3	MO
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG	Tier 5	PA; MO
ZERBAXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.5 (1-0.5) GM	Tier 4	BvD; MO
<b><u>BETA-LACTAM, OTHER</u></b>		
AZACTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	Tier 4	BvD; MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm</i>	Tier 2	MO
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	Tier 5	PA; LA
<i>doripenem intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Tier 3	BvD; MO
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg</i>	Tier 4	BvD; MO
INVANZ INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	Tier 4	MO
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Tier 4	BvD; MO
<b><u>BETA-LACTAM, PENICILLINS</u></b>		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>	Tier 2	MO
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	MO
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 125 mg</i>	Tier 2	MO
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm</i>	Tier 4	MO
BACTOCILL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/50ML	Tier 4	BvD; MO
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML	Tier 4	MO
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 600000 UNIT/ML	Tier 4	MO
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg</i>	Tier 2	MO
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	Tier 2	MO
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml</i>	Tier 2	MO
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	Tier 4	MO
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	Tier 4	BvD; MO
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	MO
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm</i>	Tier 4	BvD; MO
ZOSYN INTRAVENOUS SOLUTION 2-0.25 GM/50ML	Tier 3	BvD; MO
<b><u>MACROLIDES</u></b>		
<i>azithromycin oral tablet 250 mg</i>	Tier 2	MO
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg</i>	Tier 2	MO
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	Tier 5	ST; MO
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	Tier 4	BvD; MO
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	Tier 4	MO
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg</i>	Tier 2	MO
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	Tier 3	MO
<b><u>QUINOLONES</u></b>		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg</i>	Tier 2	MO
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>	Tier 2	BvD; MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>ciprofloxacin oral suspension reconstituted 250 mg/5ml (5%)</i>	Tier 4	MO
<i>ciprofloxacin-ciproflox hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Tier 2	MO
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml</i>	Tier 2	BvD; MO
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg</i>	Tier 2	MO
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	Tier 2	MO
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg</i>	Tier 2	MO
<b><u>SULFONAMIDES</u></b>		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	Tier 4	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i>	Tier 1	MO
SULFATRIM PEDIATRIC ORAL SUSPENSION 200-40 MG/5ML	Tier 2	MO
<b><u>TETRACYCLINES</u></b>		
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>	Tier 1	MO
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>	Tier 1	MO
<i>minocycline hcl oral capsule 50 mg</i>	Tier 1	MO
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg</i>	Tier 4	MO
<b>ANTICONVULSANTS</b>		
<b><u>ANTICONVULSANTS, OTHER</u></b>		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	Tier 5	PA; MO
BRIVIACT ORAL TABLET 100 MG	Tier 5	PA; MO
<i>levetiracetam oral tablet 250 mg</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b><u>BARBITURATES</u></b>		
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	MO
<i>primidone oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	MO
<b><u>BENZODIAZEPINES</u></b>		
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 1	MO
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG	Tier 4	MO
ONFI ORAL TABLET 10 MG	Tier 4	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
<b><u>CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS</u></b>		
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	Tier 4	MO
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Tier 2	MO
LYRICA ORAL CAPSULE 25 MG	Tier 3	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>zonisamide oral capsule 25 mg</i>	Tier 2	MO
<b><u>GAMMA-AMINO BUTYRIC ACID (GABA) AUGMENTING AGENTS</u></b>		
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg</i>	Tier 2	MO
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	Tier 4	PA; MO
<i>gabapentin oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	MO
SABRIL ORAL TABLET 500 MG	Tier 5	PA; LA
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg</i>	Tier 4	MO
<i>valproate sodium oral solution 250 mg/5ml</i>	Tier 2	MO
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	MO
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	Tier 5	PA; LA

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b><u>GLUTAMATE REDUCING AGENTS</u></b>		
<i>felbamate oral tablet 400 mg</i>	Tier 4	MO
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 25 (35) mg</i>	Tier 4	MO
SUBVENITE ORAL TABLET 25 MG	Tier 2	MO
<i>topiramate oral tablet 25 mg</i>	Tier 2	MO
<b><u>SODIUM CHANNEL AGENTS</u></b>		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG	Tier 5	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
BANZEL ORAL TABLET 200 MG	Tier 5	PA; MO; QL (240 EA per 30 days)
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Tier 2	MO
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	Tier 3	MO
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg</i>	Tier 2	MO
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG	Tier 4	MO
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	Tier 1	MO
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG	Tier 4	MO; QL (60 EA per 30 days)
<b>ANTIDEMENTIA AGENTS</b>		
<b><u>CHOLINESTERASE INHIBITORS</u></b>		
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 4 mg</i>	Tier 2	MO
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 4.6 mg/24hr</i>	Tier 2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<b><u>N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST</u></b>		
<i>memantine hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7-10 MG	Tier 3	PA; MO
<b>ANTIDEPRESSANTS</b>		
<b><u>ANTIDEPRESSANTS, OTHER</u></b>		
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>	Tier 1	MO
<i>maprotiline hcl oral tablet 25 mg</i>	Tier 2	MO
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>nefazodone hcl oral tablet 50 mg</i>	Tier 2	MO
<i>trazodone hcl oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	MO
TRINTELLIX ORAL TABLET 5 MG	Tier 4	MO; QL (30 EA per 30 days)
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG	Tier 3	MO; QL (30 EA per 30 days)
<b><u>MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS</u></b>		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 6 MG/24HR	Tier 5	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	Tier 4	MO
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	MO
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Tier 4	MO
<b><u>SEROTONIN/NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS</u></b>		
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	MO
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg</i>	Tier 2	MO
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg</i>	Tier 2	MO
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>escitalopram oxalate oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	MO
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG	Tier 3	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg</i>	Tier 1	MO
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 25 mg</i>	Tier 2	MO
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg</i>	Tier 2	MO
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	MO
PEXEVA ORAL TABLET 10 MG	Tier 4	ST; MO
<i>sertraline hcl oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	MO
<i>venlafaxine hcl oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	MO
<b><u>TRICYCLICS</u></b>		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	MO
<i>amoxapine oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	MO
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet 5-12.5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg</i>	Tier 4	MO
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	MO
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg</i>	Tier 1	MO
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	MO
<i>imipramine pamoate oral capsule 75 mg</i>	Tier 4	MO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg</i>	Tier 1	MO
<i>protriptyline hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b>ANTIEMETICS</b>		
<b><u>ANTIEMETICS, OTHER</u></b>		
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	Tier 2	MO
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>	Tier 2	MO
<b><u>EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS</u></b>		
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	Tier 4	BvD; MO; QL (8 EA per 30 days)
<i>dronabinol oral capsule 2.5 mg</i>	Tier 2	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	Tier 4	BvD; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg</i>	Tier 2	BvD; MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg</i>	Tier 2	BvD; MO; QL (120 EA per 30 days)
VARUBI ORAL TABLET 90 MG	Tier 4	PA; MO; QL (8 EA per 30 days)
<b>ANTIFUNGALS</b>		
<b><u>ANTIFUNGALS</u></b>		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	Tier 5	BvD; MO
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	Tier 5	BvD; MO
<i>amphotericin b injection solution reconstituted 50 mg</i>	Tier 4	BvD; MO
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	Tier 5	PA; MO
<i>clotrimazole mouth/throat lozenge 10 mg</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	Tier 4	PA; MO
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%</i>	Tier 1	BvD; MO
<i>fluconazole oral tablet 50 mg</i>	Tier 2	MO
<i>flucytosine oral capsule 250 mg</i>	Tier 5	MO
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	Tier 2	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg</i>	Tier 2	MO
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	Tier 4	PA; MO
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	Tier 2	MO
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	Tier 5	PA; MO
NOXAFIL ORAL TABLET DELAYED RELEASE 100 MG	Tier 5	PA; MO
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	Tier 2	MO
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	Tier 1	MO
ORAVIG BUCCAL TABLET 50 MG	Tier 3	MO
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	MO; QL (84 EA per 168 days)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	Tier 5	MO; QL (120 EA per 30 days)

## ANTIGOUT AGENTS

### ANTIGOUT AGENTS

<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	MO
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	Tier 2	MO
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	Tier 1	MO
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	MO
ULORIC ORAL TABLET 40 MG	Tier 3	ST; MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b>ANTI-INFLAMMATORY AGENTS</b>		
<b><u>NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS</u></b>		
BUPAP ORAL TABLET 50-300 MG	Tier 3	MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	Tier 2	MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 50 mg</i>	Tier 2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	Tier 2	MO
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg</i>	Tier 2	MO
<i>diclofenac sodium transdermal solution 1.5 %</i>	Tier 4	PA; MO; QL (450 ML per 30 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg</i>	Tier 2	MO
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	Tier 2	MO
<i>etodolac oral capsule 200 mg</i>	Tier 1	MO
<i>flurbiprofen oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	MO
IBU ORAL TABLET 600 MG	Tier 1	MO
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	Tier 1	MO
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	Tier 2	MO
<i>meclofenamate sodium oral capsule 50 mg</i>	Tier 2	MO
<i>meloxicam oral tablet 7.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>nabumetone oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	MO
<i>naproxen oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	MO
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>	Tier 2	MO
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	Tier 2	MO
<i>piroxicam oral capsule 10 mg</i>	Tier 2	MO
<i>sulindac oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	MO
<i>tolmetin sodium oral capsule 400 mg</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b>ANTIMIGRAINE AGENTS</b>		
<b><u>SEROTONIN (5-HT) 1B/1D RECEPTOR AGONISTS</u></b>		
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	Tier 5	ST; MO; QL (24 ML per 28 days)
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg</i>	Tier 2	MO; QL (12 EA per 30 days)
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	Tier 3	MO; QL (40 EA per 28 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg</i>	Tier 2	MO; QL (12 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	MO; QL (12 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg</i>	Tier 2	MO; QL (12 EA per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 2	MO; QL (12 EA per 30 days)
<b>ANTIMYASTHENIC AGENTS</b>		
<b><u>PARASYMPATHOMIMETICS</u></b>		
<i>guanidine hcl oral tablet 125 mg</i>	Tier 2	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Tier 1	MO
<b>ANTIMYCOBACTERIALS</b>		
<b><u>ANTITUBERCULARS</u></b>		
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	MO
<i>isoniazid oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	MO
PASER ORAL PACKET 4 GM	Tier 4	MO
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	Tier 4	MO
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	Tier 2	MO
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Tier 4	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>rifampin oral capsule 150 mg</i>	Tier 2	MO
RIFATER ORAL TABLET 50-120-300 MG	Tier 3	MO
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	Tier 4	MO

## **ANTINEOPLASTICS**

### **ALKYLATING AGENTS**

<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg</i>	Tier 2	BvD; MO
HEXALEN ORAL CAPSULE 50 MG	Tier 5	PA; MO
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	Tier 4	MO

### **ANTIANGIOGENIC AGENTS**

REVLIMID ORAL CAPSULE 2.5 MG	Tier 5	PA; MO
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	Tier 5	PA; MO

### **ANTIMETABOLITES**

<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	Tier 2	MO
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	Tier 4	MO

### **ANTINEOPLASTICS**

ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML	Tier 5	PA; LA
AFINITOR ORAL TABLET 2.5 MG	Tier 5	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	Tier 5	PA; MO
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	Tier 5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Tier 5	PA; MO
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Tier 2	MO; QL (30 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	Tier 5	PA; MO; QL (120 EA per 30 days)

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG	Tier 5	PA; LA
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	Tier 5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	Tier 5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	Tier 5	PA; LA
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG	Tier 3	MO
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 45 MG	Tier 4	PA; MO
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	Tier 4	MO
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	Tier 5	PA; MO
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	Tier 5	PA; LA
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG	Tier 5	PA; MO
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	Tier 4	PA; MO
<i>fluorouracil external solution 2 %</i>	Tier 2	MO
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	Tier 2	MO
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG	Tier 5	PA; LA
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	MO
IBRANCE ORAL CAPSULE 75 MG	Tier 5	PA; MO
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG	Tier 5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG	Tier 5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	Tier 5	PA; MO; QL (180 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	Tier 5	PA; LA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	Tier 5	PA; MO; QL (180 EA per 30 days)
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML	Tier 5	PA; MO
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	Tier 5	PA; LA
JAKAFI ORAL TABLET 5 MG	Tier 5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
KISQALI 200 DOSE ORAL TABLET 200 MG	Tier 5	PA; MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
KISQALI FEMARA 200 DOSE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	Tier 5	PA; MO
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 (2) MG	Tier 5	PA; MO
<i>leucovorin calcium oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	Tier 5	PA; LA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG	Tier 5	PA; MO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	Tier 5	PA; MO
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG	Tier 5	PA; MO
LYNPARZA ORAL CAPSULE 50 MG	Tier 5	PA; LA
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	Tier 5	MO
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	Tier 5	PA; LA
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	MO
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	Tier 5	PA; LA
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	Tier 5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	Tier 5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Tier 5	MO; QL (60 EA per 30 days)
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG	Tier 5	PA; MO
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	Tier 5	PA; LA
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG	Tier 5	PA; LA
RUBRACA ORAL TABLET 250 MG	Tier 5	PA; LA
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	Tier 5	PA; MO; QL (240 EA per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	Tier 5	PA; MO; QL (90 EA per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	Tier 5	PA; LA
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG	Tier 5	PA; MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG	Tier 5	PA; MO
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	Tier 5	PA; MO
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG	Tier 5	PA; LA
TAGRISO ORAL TABLET 40 MG	Tier 5	PA; LA
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	MO
TARCEVA ORAL TABLET 25 MG	Tier 5	PA; MO; QL (90 EA per 30 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	Tier 5	PA; MO
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 3.75 MG	Tier 5	PA; MO
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	Tier 5	MO
TYKERB ORAL TABLET 250 MG	Tier 5	PA; MO; QL (150 EA per 30 days)
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	Tier 5	PA; MO; QL (60 GM per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	Tier 4	PA; LA
VERZENIO ORAL TABLET 50 MG	Tier 5	PA; LA
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	Tier 5	PA; MO; QL (120 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG	Tier 5	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	Tier 5	PA; ST; LA; QL (120 EA per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG	Tier 5	PA; MO; QL (120 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	Tier 5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	Tier 5	PA; MO; QL (240 EA per 30 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	Tier 5	PA; MO; QL (120 EA per 30 days)
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG	Tier 5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ZYKADIA ORAL CAPSULE 150 MG	Tier 5	PA; MO
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG	Tier 5	PA; MO; QL (120 EA per 30 days)

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b><u>AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION</u></b>		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	Tier 2	MO
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	Tier 4	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 2	MO
<b><u>TREATMENT ADJUNCTS</u></b>		
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	Tier 5	MO
<b>ANTIPARASITICS</b>		
<b><u>ANTHELMINTICS</u></b>		
ALBENZA ORAL TABLET 200 MG	Tier 5	MO
<i>benznidazole oral tablet 12.5 mg</i>	Tier 1	MO
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	Tier 4	MO
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	Tier 2	MO
<b><u>ANTIPROTOZOALS</u></b>		
ALINIA ORAL TABLET 500 MG	Tier 4	PA; MO; QL (6 EA per 30 days)
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	Tier 5	MO
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 62.5-25 mg</i>	Tier 2	MO
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	MO
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	Tier 4	MO
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	Tier 2	MO
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	Tier 2	MO
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 mg</i>	Tier 3	MO
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	Tier 2	PA; MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b>ANTIPARKINSON AGENTS</b>		
<b><u>ANTICHOLINERGICS</u></b>		
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg</i>	Tier 1	MO
<b><u>ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER</u></b>		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	Tier 2	MO
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	Tier 2	MO
<b><u>DOPAMINE AGONISTS</u></b>		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML	Tier 5	PA; LA; QL (60 ML per 30 days)
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	Tier 2	MO
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR	Tier 4	ST; MO
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg</i>	Tier 2	MO
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg</i>	Tier 2	MO
<b><u>DOPAMINE PRECURSORS/ L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS</u></b>		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg</i>	Tier 2	MO
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG	Tier 4	ST; MO
<b><u>MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS</u></b>		
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 4	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b>ANTIPSYCHOTICS</b>		
<b><u>1ST GENERATION/TYPICAL</u></b>		
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 2	MO
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	Tier 4	MO
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 2	MO
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml</i>	Tier 1	MO
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	Tier 2	MO
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>loxapine succinate oral capsule 5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>perphenazine oral tablet 2 mg</i>	Tier 2	MO
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg</i>	Tier 2	MO
<i>pimozide oral tablet 1 mg</i>	Tier 2	MO
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	MO
<i>thiothixene oral capsule 1 mg</i>	Tier 1	MO
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	MO
<b><u>2ND GENERATION/ATYPICAL</u></b>		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 400 MG	Tier 5	ST; MO
FANAPT ORAL TABLET 1 MG	Tier 4	ST; MO; QL (60 EA per 30 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 39 MG/0.25ML	Tier 4	ST; MO
LATUDA ORAL TABLET 20 MG	Tier 5	ST; MO; QL (30 EA per 30 days)

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	Tier 5	ST; LA
NUPLAZID ORAL TABLET 17 MG	Tier 5	ST; LA
<i>olanzapine oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg</i>	Tier 5	ST; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg</i>	Tier 2	MO
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	Tier 5	ST; MO; QL (30 EA per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 12.5 MG	Tier 4	ST; MO
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	Tier 2	MO
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2.5 MG	Tier 4	ST; MO; QL (60 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	Tier 5	ST; MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg</i>	Tier 2	MO; QL (60 EA per 30 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	Tier 4	ST; MO
<b><u>TREATMENT-RESISTANT</u></b>		
<i>clozapine oral tablet 25 mg</i>	Tier 2	MO
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	Tier 5	ST; MO
<b>ANTIVIRALS</b>		
<b><u>ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS</u></b>		
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG	Tier 5	PA; MO; QL (100 EA per 100 days)
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	Tier 5	MO
<b><u>ANTIHEPATITIS AGENTS</u></b>		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	Tier 5	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 5	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	Tier 2	MO
RIBASPHERE ORAL CAPSULE 200 MG	Tier 3	MO
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	Tier 5	PA; MO
<b><u>ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS, DIRECT ACTING</u></b>		
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	Tier 5	PA; MO
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	Tier 5	PA; MO
<b><u>ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS, OTHER</u></b>		
PEGASYS PROCLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION 135 MCG/0.5ML	Tier 5	PA; MO
<b><u>ANTIHERPETIC AGENTS</u></b>		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	Tier 1	MO
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	Tier 4	BvD; MO
<i>famciclovir oral tablet 125 mg</i>	Tier 2	MO
<i>valacyclovir hcl oral tablet 500 mg</i>	Tier 2	MO
<b><u>ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS</u></b>		
ATRIPLA ORAL TABLET 600-200-300 MG	Tier 5	MO
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	Tier 5	MO
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	Tier 5	MO
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	Tier 4	MO
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	Tier 5	MO
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	Tier 4	MO
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	Tier 5	MO
RESCRIPTOR ORAL TABLET 100 MG	Tier 3	MO
SYMFI LO ORAL TABLET 400-300-300 MG	Tier 5	MO
SYMFI ORAL TABLET 600-300-300 MG	Tier 5	MO
<b><u>ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS</u></b>		
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	Tier 4	MO
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	Tier 5	MO
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	Tier 5	MO
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG	Tier 5	MO
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG	Tier 5	MO
EMTRIVA ORAL CAPSULE 200 MG	Tier 4	MO
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	Tier 5	MO
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	Tier 5	MO
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	Tier 2	MO
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	Tier 4	MO
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	Tier 5	MO
<i>stavudine oral capsule 15 mg</i>	Tier 2	MO
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	Tier 5	MO
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	Tier 5	MO
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG	Tier 5	MO
VIDEX ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 4 GM	Tier 4	MO
VIREAD ORAL TABLET 150 MG	Tier 5	MO
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b><u>ANTI-HIV AGENTS, OTHER</u></b>		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	Tier 5	MO
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	Tier 5	MO
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	Tier 4	MO
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	Tier 4	MO
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	Tier 3	MO
<b><u>ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS</u></b>		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	Tier 5	MO
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg</i>	Tier 4	MO
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG	Tier 3	MO
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	Tier 5	MO
INVIRASE ORAL CAPSULE 200 MG	Tier 5	MO
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG	Tier 3	MO
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	Tier 4	MO
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	Tier 4	MO
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Tier 4	MO
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG	Tier 5	MO
<b><u>ANTI-INFLUENZA AGENTS</u></b>		
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	Tier 2	MO
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER	Tier 3	MO
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b>ANXIOLYTICS</b>		
<b><u>ANXIOLYTICS, OTHER</u></b>		
<i>bupirone hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	MO
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg</i>	Tier 1	MO
<i>meprobamate oral tablet 200 mg</i>	Tier 2	MO
<b><u>BENZODIAZEPINES</u></b>		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg</i>	Tier 1	MO
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	Tier 2	MO
<i>diazepam oral tablet 2 mg</i>	Tier 1	MO
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>oxazepam oral capsule 10 mg</i>	Tier 2	MO
<b>BIPOLAR AGENTS</b>		
<b><u>MOOD STABILIZERS</u></b>		
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG	Tier 4	ST; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg</i>	Tier 1	MO
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	Tier 1	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b>BLOOD GLUCOSE REGULATORS</b>		
<b><u>ANTIDIABETIC AGENTS</u></b>		
<i>acarbose oral tablet 25 mg</i>	Tier 2	MO
AVANDIA ORAL TABLET 2 MG	Tier 4	MO
CYCLOSET ORAL TABLET 0.8 MG	Tier 4	MO
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	MO
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	Tier 1	MO
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg</i>	Tier 2	MO
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg</i>	Tier 2	MO
INVOKAMET ORAL TABLET 50-500 MG	Tier 3	ST; MO
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG	Tier 3	ST; MO
JANUMET ORAL TABLET 50-500 MG	Tier 3	MO; QL (60 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 25 MG	Tier 3	MO; QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG	Tier 3	ST; MO
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	MO
<i>miglitol oral tablet 25 mg</i>	Tier 2	MO
<i>nateglinide oral tablet 60 mg</i>	Tier 2	MO
OZEMPIC SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.25 OR 0.5 MG/DOSE	Tier 3	MO; QL (6 ML per 30 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	MO
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg</i>	Tier 2	MO
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg</i>	Tier 2	MO
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>repaglinide-metformin hcl oral tablet 1-500 mg</i>	Tier 2	MO
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	Tier 3	ST; MO; QL (18 ML per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML	Tier 4	PA; MO; QL (10.8 ML per 28 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 5-500 MG	Tier 3	ST; MO
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	Tier 3	ST; MO
<i>tolazamide oral tablet 250 mg</i>	Tier 2	MO
<i>tolbutamide oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	MO
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML	Tier 3	MO; QL (2 ML per 30 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML	Tier 3	MO; QL (9 ML per 30 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	Tier 3	ST; MO; QL (15 ML per 30 days)
<b><u>GLYCEMIC AGENTS</u></b>		
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG	Tier 3	MO
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT 1 MG	Tier 3	MO
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	Tier 5	MO
<b><u>INSULINS</u></b>		
FIASP SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	Tier 3	MO
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	Tier 3	MO
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	Tier 3	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	Tier 3	MO
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	Tier 3	MO
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	Tier 3	MO
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	Tier 3	MO
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	Tier 3	MO

## BLOOD PRODUCTS/MODIFIERS/ VOLUME EXPANDERS

### ANTICOAGULANTS

ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	Tier 3	MO
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 30 mg/0.3ml</i>	Tier 4	MO
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	Tier 4	MO
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/ML	Tier 5	MO
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml</i>	Tier 2	MO
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG	Tier 1	MO
PRADAXA ORAL CAPSULE 75 MG	Tier 4	ST; MO
XARELTO ORAL TABLET 10 MG	Tier 3	MO

### BLOOD FORMATION MODIFIERS

EPOGEN INJECTION SOLUTION 2000 UNIT/ML	Tier 3	PA; ST; MO
--	--------	------------

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
LEUKINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG	Tier 5	PA; MO
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML	Tier 5	PA; MO
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	Tier 5	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG	Tier 5	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	Tier 2	MO
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML	Tier 5	PA; MO
<b><u>PLATELET MODIFYING AGENTS</u></b>		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	Tier 2	MO
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG	Tier 3	MO
<i>cilostazol oral tablet 50 mg</i>	Tier 2	MO
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	Tier 2	MO
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg</i>	Tier 2	MO
<i>prasugrel hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 4	MO
<b>CARDIOVASCULAR AGENTS</b>		
<b><u>ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS</u></b>		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg</i>	Tier 1	MO
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	MO
<i>methyldopa oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	MO
<i>midodrine hcl oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b><u>ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS</u></b>		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	MO
<i>ergoloid mesylates oral tablet 1 mg</i>	Tier 2	MO
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg</i>	Tier 1	MO
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg</i>	Tier 1	MO
<b><u>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS</u></b>		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 4 mg</i>	Tier 2	MO
<i>eprosartan mesylate oral tablet 600 mg</i>	Tier 2	MO
<i>irbesartan oral tablet 75 mg</i>	Tier 1	MO
<i>losartan potassium oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	MO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	MO
TEKTURNA ORAL TABLET 150 MG	Tier 3	MO
<i>telmisartan oral tablet 20 mg</i>	Tier 2	MO
<i>valsartan oral tablet 40 mg</i>	Tier 1	MO
<b><u>ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS</u></b>		
<i>benazepril hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>captopril oral tablet 12.5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>enalapril maleate oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	MO
<i>lisinopril oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>moexipril hcl oral tablet 7.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg</i>	Tier 1	MO
<i>quinapril hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg</i>	Tier 1	MO
<i>trandolapril oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b><u>ANTIARRHYTHMICS</u></b>		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg</i>	Tier 2	MO
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg</i>	Tier 2	MO
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg</i>	Tier 4	MO
<i>flecainide acetate oral tablet 50 mg</i>	Tier 2	MO
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg</i>	Tier 2	MO
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	Tier 3	MO
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg</i>	Tier 2	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	MO
<b><u>ANTIHYPERTENSIVE COMBINATIONS</u></b>		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	Tier 1	MO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg</i>	Tier 1	MO
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 5-160 mg</i>	Tier 2	MO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 5-20 mg</i>	Tier 2	MO
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 5-160-12.5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i>	Tier 1	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	Tier 1	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 2.5-6.25 mg</i>	Tier 1	MO
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	Tier 1	MO
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG	Tier 3	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg</i>	Tier 1	MO
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 50-25 mg</i>	Tier 1	MO
<i>moexipril-hydrochlorothiazide oral tablet 7.5-12.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>nadolol-bendroflumethiazide oral tablet 40-5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>propranolol-hctz oral tablet 40-25 mg</i>	Tier 1	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	Tier 1	MO
TEKTURNA HCT ORAL TABLET 150-12.5 MG	Tier 3	MO
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg</i>	Tier 2	MO
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	Tier 1	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 80-12.5 mg</i>	Tier 1	MO
<b><u>BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS</u></b>		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg</i>	Tier 1	MO
<i>atenolol oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	MO
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
BYSTOLIC ORAL TABLET 2.5 MG	Tier 3	MO
<i>carvedilol oral tablet 3.125 mg</i>	Tier 1	MO
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	MO
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg</i>	Tier 1	MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	MO
<i>nadolol oral tablet 20 mg</i>	Tier 2	MO
<i>pindolol oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	MO
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg</i>	Tier 2	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 80 mg</i>	Tier 2	MO
<i>timolol maleate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
<b><u>CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS</u></b>		
<i>amlodipine besylate oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	MO
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG	Tier 3	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet 30 mg</i>	Tier 1	MO
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg</i>	Tier 1	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg</i>	Tier 2	MO
<i>nifedipine oral capsule 10 mg</i>	Tier 2	MO
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG	Tier 3	MO
<i>verapamil hcl oral tablet 40 mg</i>	Tier 1	MO
<b><u>CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER</u></b>		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg</i>	Tier 2	MO
BIDIL ORAL TABLET 20-37.5 MG	Tier 4	MO
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT	Tier 5	PA; LA
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG	Tier 4	PA; MO
DEMSER ORAL CAPSULE 250 MG	Tier 5	PA; MO
DIGITEK ORAL TABLET 125 MCG	Tier 3	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml</i>	Tier 2	MO; QL (2 EA per 30 days)
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/3ML	Tier 5	PA; MO
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG	Tier 5	PA; LA
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	Tier 1	MO
RANEXA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 500 MG	Tier 3	PA; MO
<b><u>DIURETICS, CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS</u></b>		
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg</i>	Tier 2	MO
<i>methazolamide oral tablet 25 mg</i>	Tier 4	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b><u>DIURETICS, LOOP</u></b>		
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>furosemide oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	MO
<i>toremide oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
<b><u>DIURETICS, POTASSIUM-SPARING</u></b>		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>eplerenone oral tablet 25 mg</i>	Tier 2	MO
<i>spironolactone oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	MO
<b><u>DIURETICS, THIAZIDE</u></b>		
<i>chlorothiazide oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	MO
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg</i>	Tier 1	MO
<i>methyclothiazide oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>metolazone oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	MO
<b><u>DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES</u></b>		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 43 mg</i>	Tier 1	MO
<i>fenofibrate oral tablet 48 mg</i>	Tier 1	MO
<i>fenofibric acid oral tablet 35 mg</i>	Tier 1	MO
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Tier 2	MO
<b><u>DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS</u></b>		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	MO
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
LIVALO ORAL TABLET 1 MG	Tier 3	MO
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	MO
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	MO
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>simvastatin oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
<b><u>DYSLIPIDEMICS, OTHER</u></b>		
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	Tier 2	MO
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	Tier 2	MO
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	Tier 2	MO
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Tier 2	MO
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i>	Tier 3	MO
JUXTAPID ORAL CAPSULE 5 MG	Tier 5	PA; MO
KYNAMRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	Tier 5	PA; LA
NIACOR ORAL TABLET 500 MG	Tier 3	MO
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	Tier 2	MO
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 75 MG/ML	Tier 5	PA; MO
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	Tier 5	PA; MO
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM	Tier 4	MO
WELCHOL ORAL TABLET 625 MG	Tier 3	MO
<b><u>VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS</u></b>		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	MO
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg</i>	Tier 1	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b><u>VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL</u></b>		
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	MO
<i>minoxidil oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	MO
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS</b>		
<b><u>ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES</u></b>		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	MO
<b><u>ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES</u></b>		
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg</i>	Tier 3	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour 0.1 mg</i>	Tier 2	MO
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 72 mg</i>	Tier 2	MO
<b><u>CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER</u></b>		
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	Tier 5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	Tier 3	PA; MO
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	Tier 4	PA; MO
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	Tier 5	PA; MO; QL (90 EA per 30 days)
<b><u>FIBROMYALGIA AGENTS</u></b>		
SAVELLA ORAL TABLET 12.5 MG	Tier 3	MO; QL (60 EA per 30 days)

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b><u>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS</u></b>		
AMPYRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 10 MG	Tier 5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
AUBAGIO ORAL TABLET 7 MG	Tier 5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR KIT 30 MCG	Tier 5	PA; MO
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	Tier 5	PA; MO
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	Tier 5	PA; MO
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG	Tier 5	PA; MO; QL (28 EA per 28 days)
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 63 & 94 MCG/0.5ML	Tier 5	PA; MO
TECFIDERA ORAL 120 & 240 MG	Tier 5	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
<b><u>DENTAL AND ORAL AGENTS</u></b>		
<b><u>DENTAL AND ORAL AGENTS</u></b>		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	Tier 2	MO
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	Tier 1	MO
<i>lidocaine viscous mouth/throat solution 2 %</i>	Tier 1	MO
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	Tier 2	MO
<b><u>DERMATOLOGICAL AGENTS</u></b>		
<b><u>DERMATOLOGICAL AGENTS</u></b>		
<i>acitretin oral capsule 10 mg</i>	Tier 5	PA; MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	Tier 4	MO
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	Tier 4	PA; MO
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	Tier 2	MO
<i>amcinonide external cream 0.1 %</i>	Tier 4	MO
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	Tier 1	MO
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG	Tier 3	MO
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	Tier 2	MO
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	Tier 2	MO
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	Tier 2	MO
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	Tier 1	MO
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	Tier 4	MO
<i>calcitriol external ointment 3 mcg/gm</i>	Tier 4	MO
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	Tier 1	MO
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	Tier 2	MO
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	Tier 2	MO
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	Tier 2	MO
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	Tier 2	MO
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	Tier 1	MO
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	Tier 2	MO
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	Tier 2	MO
<i>desoximetasone external cream 0.05 %</i>	Tier 4	MO
<i>diclofenac sodium transdermal gel 3 %</i>	Tier 5	PA; MO; QL (300 GM per 365 days)
<i>diflorasone diacetate external cream 0.05 %</i>	Tier 4	MO
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
ELIDEL EXTERNAL CREAM 1 %	Tier 4	ST; MO
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	Tier 1	MO
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %	Tier 4	ST; MO
FINACEA EXTERNAL FOAM 15 %	Tier 4	MO
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	Tier 2	MO
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	Tier 2	MO
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	Tier 2	MO
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	Tier 2	MO
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	Tier 2	MO
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	Tier 1	MO
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>	Tier 2	MO
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	Tier 1	MO
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	Tier 2	MO
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	Tier 2	MO
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	Tier 2	MO
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	Tier 4	PA; MO; QL (50 GM per 30 days)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	Tier 2	PA; MO
<i>lindane external shampoo 1 %</i>	Tier 2	MO
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	Tier 5	PA; MO
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	Tier 2	MO
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	Tier 1	MO
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>	Tier 2	MO
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	Tier 2	MO
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	Tier 3	MO
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	Tier 5	PA; MO
<i>permethrin external cream 5 %</i>	Tier 4	MO
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	Tier 2	MO
<i>prednicarbate external cream 0.1 %</i>	Tier 2	MO
PROCTOFOAM HC RECTAL FOAM 1-1 %	Tier 3	MO
PROCTO-PAK RECTAL CREAM 1 %	Tier 3	MO
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	Tier 5	PA; MO
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	Tier 4	MO
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	Tier 2	MO
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	Tier 2	MO
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	Tier 2	MO
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	Tier 4	MO
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %</i>	Tier 4	ST; MO
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %	Tier 5	PA; MO
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	Tier 4	PA; MO
<i>tretinoin external cream 0.025 %</i>	Tier 2	PA; MO
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	Tier 1	MO
UCERIS RECTAL FOAM 2 MG/ACT	Tier 4	ST; MO

## ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

### ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT

CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG	Tier 5	PA; LA
<i>dextrose-nacl intravenous solution 2.5-0.45 %</i>	Tier 2	BvD; MO
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	Tier 3	BvD; MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	Tier 4	BvD; MO
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	Tier 4	BvD; MO
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%</i>	Tier 2	BvD; MO
<i>kcl-lactated ringers-d5w intravenous solution 20 meq/l</i>	Tier 2	BvD; MO
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	Tier 1	MO
KLOR-CON SPRINKLE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 8 MEQ	Tier 3	MO
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %</i>	Tier 1	MO
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	Tier 3	BvD; MO
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	Tier 3	BvD; MO
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	Tier 4	BvD; MO
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	Tier 3	BvD; MO
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	Tier 3	BvD; MO
<i>potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%</i>	Tier 2	BvD; MO
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%</i>	Tier 2	BvD; MO
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	Tier 2	MO
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	Tier 2	MO
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %</i>	Tier 2	BvD; MO
<i>sodium lactate intravenous solution 5 meq/ml</i>	Tier 2	BvD; MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION	Tier 2	BvD; MO
<b><u>ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS</u></b>		
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG	Tier 5	PA; MO
FERRIPROX ORAL TABLET 500 MG	Tier 5	PA; LA
JADENU ORAL TABLET 90 MG	Tier 5	PA; MO
JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK 45 & 15 MG	Tier 5	PA; MO
SAMSCA ORAL TABLET 15 MG	Tier 5	PA; MO
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	Tier 3	MO
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	Tier 5	PA; MO
<b><u>NUTRIENTS</u></b>		
AMINOSYN-RF INTRAVENOUS SOLUTION 5.2 %	Tier 4	BvD; MO
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/10) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %	Tier 4	BvD; MO
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %	Tier 4	BvD; MO
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/25) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	Tier 4	BvD; MO
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	Tier 4	BvD; MO
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	Tier 4	BvD; MO
CLINIMIX/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %	Tier 4	BvD; MO
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	Tier 4	BvD; MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/20) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	Tier 4	BvD; MO
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/25) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	Tier 4	BvD; MO
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	Tier 4	BvD; MO
<i>dextrose intravenous solution 5 %</i>	Tier 2	BvD; MO
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	Tier 4	BvD; MO
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	Tier 4	BvD; MO

## GASTROINTESTINAL AGENTS

### ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL

<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	Tier 1	MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	MO

### GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER

<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	Tier 1	MO
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	Tier 1	MO
<i>metoclopramide hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG	Tier 3	MO
MYTESI ORAL TABLET DELAYED RELEASE 125 MG	Tier 4	PA; MO
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	Tier 2	MO

### HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS

<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml</i>	Tier 2	MO
--	--------	----

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	Tier 2	MO
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	MO
<i>nizatidine oral capsule 150 mg</i>	Tier 1	MO
<i>ranitidine hcl oral capsule 150 mg</i>	Tier 1	MO
<b><u>IRRITABLE BOWEL SYNDROME AGENTS</u></b>		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 5	PA; MO
AMITIZA ORAL CAPSULE 8 MCG	Tier 3	MO
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	Tier 5	PA; LA
LINZESS ORAL CAPSULE 72 MCG	Tier 3	MO
<b><u>LAXATIVES</u></b>		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM -GM/160ML	Tier 4	MO
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	Tier 1	MO
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	Tier 2	MO
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	Tier 2	MO
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	Tier 2	MO
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	Tier 1	MO
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/180ML	Tier 2	MO
<b><u>PROTECTANTS</u></b>		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral</i>	Tier 3	MO
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg</i>	Tier 1	MO
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	Tier 1	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
------------------------	-----------------------	--------------------

### **PROTON PUMP INHIBITORS**

DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG	Tier 3	ST; MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>lansoprazole oral tablet dispersible 15 mg</i>	Tier 3	MO
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg</i>	Tier 2	MO
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	Tier 2	MO

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

### **ENZYME REPLACEMENT/ MODIFIERS**

CYSTADANE ORAL POWDER	Tier 5	MO
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	Tier 5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
KUVAN ORAL PACKET 100 MG	Tier 5	PA; LA
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Tier 2	MO
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	Tier 5	PA; MO
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG	Tier 5	PA; LA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML	Tier 5	PA; LA
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT	Tier 3	MO

## **GENITOURINARY AGENTS**

### **ANTISPASMODICS, URINARY**

<i>bethanechol chloride oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 7.5 mg</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>flavoxate hcl oral tablet 100 mg</i>	Tier 2	MO
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG	Tier 3	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg</i>	Tier 2	MO
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	Tier 2	MO
<b><u>BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS</u></b>		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	Tier 2	MO
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	Tier 2	MO
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
RAPAFLO ORAL CAPSULE 4 MG	Tier 4	MO
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	Tier 2	MO
<b><u>GENITOURINARY AGENTS, OTHER</u></b>		
CYSTAGON ORAL CAPSULE 50 MG	Tier 4	LA
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	Tier 4	MO
LITHOSTAT ORAL TABLET 250 MG	Tier 4	MO
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Tier 1	MO
<b><u>PHOSPHATE BINDERS</u></b>		
AURYXIA ORAL TABLET 1 GM 210 MG(FE)	Tier 4	MO
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	Tier 2	MO
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	Tier 4	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b><u>VAGINAL PRODUCTS</u></b>		
AVC VAGINAL VAGINAL CREAM 15 %	Tier 2	MO
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Tier 2	MO
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	Tier 2	MO
INTRAROSA VAGINAL INSERT 6.5 MG	Tier 3	PA; MO
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	Tier 2	MO
<i>miconazole 3 vaginal suppository 200 mg</i>	Tier 2	MO
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM	Tier 3	MO
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %</i>	Tier 2	MO
<b>HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (ADRENAL)</b>		
<b><u>GLUCOCORTICOIDS/MINERALOCORTICOIDS</u></b>		
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	Tier 4	ST; MO
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	Tier 5	MO
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	Tier 1	MO
<i>hydrocortisone oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
MEDROL ORAL TABLET 2 MG	Tier 3	MO
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	Tier 2	MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml</i>	Tier 2	MO
<i>prednisone oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	MO
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b>HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (SEX HORMONES/ MODIFIERS)</b>		
<b><u>ANABOLIC STEROIDS</u></b>		
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG	Tier 5	MO
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 3	PA; MO
<b><u>ANDROGENS</u></b>		
<i>danazol oral capsule 50 mg</i>	Tier 2	MO
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	Tier 5	PA; MO
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml</i>	Tier 2	PA; MO
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	Tier 2	PA; MO
<i>testosterone transdermal solution 30 mg/act</i>	Tier 3	PA; MO
<b><u>CONTRACEPTIVES</u></b>		
AMETHIA LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	Tier 2	MO
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	Tier 1	MO
AUBRA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	Tier 1	MO
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	Tier 1	MO
BEKYREE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	Tier 2	MO
BLISOVI FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Tier 1	MO
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	Tier 1	MO
CAZIAN ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	Tier 1	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
CRYSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	Tier 1	MO
CYCLAFEM 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	Tier 1	MO
ENPRESSE-28 ORAL TABLET	Tier 1	MO
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	Tier 1	MO
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Tier 1	MO
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	Tier 1	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg</i>	Tier 2	MO
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	Tier 2	MO
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	Tier 2	MO
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	Tier 2	MO
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	Tier 1	MO
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	Tier 1	MO
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	Tier 1	MO
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	Tier 2	MO
<b><u>ESTROGENS</u></b>		
AMABELZ ORAL TABLET 0.5-0.1 MG	Tier 4	MO
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml</i>	Tier 2	MO
<i>estropipate oral tablet 0.75 mg</i>	Tier 1	MO
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG	Tier 3	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg</i>	Tier 2	MO
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG	Tier 3	MO
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG	Tier 3	MO
<b><u>PROGESTINS</u></b>		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 400 MG/ML	Tier 4	BvD; MO
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	Tier 4	MO
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	MO
<b><u>SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS</u></b>		
FARESTON ORAL TABLET 60 MG	Tier 5	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG	Tier 3	PA; MO
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	Tier 2	MO
<b>HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (PITUITARY)</b>		
<b><u>HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (PITUITARY)</u></b>		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	Tier 2	MO
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg</i>	Tier 2	MO
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	Tier 5	PA; LA

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
------------------------	-----------------------	--------------------

NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 5 MG/1.5ML

Tier 5

PA; MO

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

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

LEVO-T ORAL TABLET 25 MCG

Tier 1

MO

*liothyronine sodium oral tablet 5 mcg*

Tier 1

MO

THYROLAR-1/4 ORAL TABLET 15 (3.1-12.5) MG (MCG), 15 MG

Tier 2

MO

## HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY)

### HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY)

KORLYM ORAL TABLET 300 MG

Tier 5

PA; LA; QL (120 EA per 30 days)

*octreotide acetate injection solution 50 mcg/ml*

Tier 2

PA; MO

SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML

Tier 5

PA; LA; QL (60 ML per 30 days)

SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/0.2ML

Tier 5

PA; MO

SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG

Tier 5

PA; LA

SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML

Tier 5

PA; MO

## HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

### ANTITHYROID AGENTS

*methimazole oral tablet 5 mg*

Tier 1

MO

*propylthiouracil oral tablet 50 mg*

Tier 1

MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b>IMMUNOLOGICAL AGENTS</b>		
<b><u>IMMUNE SUPPRESSANTS</u></b>		
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	Tier 2	BvD; MO
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	Tier 5	PA; MO
<i>cyclosporine modified oral capsule 25 mg</i>	Tier 2	BvD; MO
<i>cyclosporine oral capsule 25 mg</i>	Tier 2	BvD; MO
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	BvD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Tier 3	BvD; MO
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg</i>	Tier 2	BvD; MO
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 7.5 MG/0.15ML	Tier 4	PA; MO
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 2	BvD; MO
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg</i>	Tier 2	BvD; MO
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	Tier 5	BvD; MO
ZORTRESS ORAL TABLET 0.25 MG	Tier 5	PA; MO
<b><u>IMMUNIZING AGENTS, PASSIVE</u></b>		
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 0.5 GM/10ML	Tier 5	PA; MO
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML	Tier 5	PA; MO
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2ML	Tier 3	PA; MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b><u>IMMUNOMODULATORS</u></b>		
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	Tier 5	PA; MO
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	Tier 5	PA; LA
COSENTYX SENSOREADY 300 DOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 150 MG/ML	Tier 5	PA; MO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	Tier 5	PA; MO
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN- INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML	Tier 5	PA; MO
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML	Tier 5	PA; MO
<i>leflunomide oral tablet 10 mg</i>	Tier 2	MO
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/0.5ML	Tier 5	PA; MO
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	Tier 5	PA; MO
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	Tier 5	PA; MO
<b><u>VACCINES</u></b>		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	Tier 3	MO
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5- 2-15.5 (PREFILLED SYRINGE)	Tier 3	MO
<i>bcg vaccine injection injectable</i>	Tier 3	BvD; MO
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	Tier 3	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-23-5 LF-MCG/0.5	Tier 3	MO
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>	Tier 2	BvD; MO
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	Tier 3	MO
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE 2.5 UNIT/ML	Tier 3	BvD; MO
IPOL INJECTION INJECTABLE	Tier 3	MO
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	Tier 3	MO
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE	Tier 3	MO
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	Tier 3	MO
M-M-R II SUBCUTANEOUS INJECTABLE	Tier 3	MO
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	Tier 3	MO
PROQUAD SUBCUTANEOUS INJECTABLE	Tier 3	MO
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	Tier 3	MO
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	Tier 3	BvD; MO
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 5 MCG/0.5ML	Tier 3	BvD; MO
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	Tier 3	MO
ROTATEQ ORAL SOLUTION	Tier 3	MO
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG	Tier 3	BvD; MO
<i>tetanus-diphtheria toxoids td intramuscular suspension 2-2 lfu/0.5ml</i>	Tier 2	BvD; MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	Tier 3	MO
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 720-20	Tier 3	BvD; MO
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML (0.5ML SYRINGE)	Tier 3	MO
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	Tier 3	MO
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	Tier 3	MO
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE	Tier 3	MO
ZOSTAVAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 19400 UNT/0.65ML	Tier 3	MO

## INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

### AMINOSALICYLATES

<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	Tier 2	MO
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>	Tier 3	MO
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	MO

## METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

### METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

<i>alendronate sodium oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	Tier 2	BvD; MO
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg</i>	Tier 1	BvD; MO
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MCG/2.4ML	Tier 5	PA; MO; QL (2.4 ML per 28 days)

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70-2800 MG-UNIT	Tier 3	MO
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	Tier 2	MO
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 25 MCG	Tier 5	PA; LA
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg</i>	Tier 3	BvD; MO
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/ML	Tier 4	ST; MO
<i>risedronate sodium oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	MO
SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG	Tier 3	BvD; MO; QL (120 EA per 30 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	Tier 5	PA; MO

## MISCELLANEOUS

### MISCELLANEOUS

<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	Tier 2	MO
--	--------	----

## OPHTHALMIC AGENTS

### OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS

<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	Tier 1	MO; QL (2.5 ML per 20 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	Tier 3	MO; QL (2.5 ML per 20 days)
TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION 0.004 %	Tier 3	MO; QL (2.5 ML per 20 days)

### OPHTHALMIC AGENTS, OTHER

<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	Tier 1	MO
---	--------	----

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	Tier 5	PA; MO; QL (60 ML per 30 days)
ISOPTO ATROPINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	Tier 1	MO
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Tier 1	MO
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	Tier 3	MO; QL (60 EA per 30 days)
<b><u>OPHTHALMIC ANTI INFECTIVES</u></b>		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	Tier 2	MO
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	Tier 1	MO
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	Tier 4	MO
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	Tier 1	MO
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	Tier 1	MO
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	Tier 2	MO
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	Tier 1	MO
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	Tier 1	MO
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Tier 2	MO
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	Tier 4	MO
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	Tier 2	MO
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	Tier 2	MO
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	Tier 1	MO
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	Tier 1	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	Tier 1	MO
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	Tier 1	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	Tier 2	MO
<b><u>OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS</u></b>		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	Tier 2	MO
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %	Tier 4	MO
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	Tier 1	MO
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	Tier 2	MO
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</i>	Tier 2	MO
<b><u>OPHTHALMIC ANTIGLAUCOMA AGENTS</u></b>		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	Tier 3	MO
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Tier 1	MO
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %	Tier 3	MO
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Tier 1	MO
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	Tier 1	MO
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	Tier 4	MO; QL (10 ML per 25 days)
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	Tier 1	MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	Tier 1	MO
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Tier 1	MO
<i>metipranolol ophthalmic solution 0.3 %</i>	Tier 2	MO
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED 0.125 %	Tier 3	MO
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %</i>	Tier 1	MO
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	Tier 4	MO
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %</i>	Tier 1	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b><u>OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES</u></b>		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	Tier 2	MO
BLEPHAMIDE OPHTHALMIC SUSPENSION 10-0.2 %	Tier 3	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	Tier 2	MO
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	Tier 1	MO
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	Tier 3	MO
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	Tier 1	MO
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	Tier 1	MO
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	Tier 3	MO
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	Tier 2	MO
LOTEMAX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5 %	Tier 4	MO
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	Tier 1	MO
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	Tier 2	MO
PRED-G OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-1 %	Tier 4	MO
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	Tier 2	MO
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	Tier 1	MO
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	Tier 4	MO
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	Tier 2	MO
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	Tier 4	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b>OTIC AGENTS</b>		
<u><b>OTIC AGENTS</b></u>		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	Tier 1	MO
CIPRODEX OTIC SUSPENSION 0.3-0.1 %	Tier 3	MO
<i>ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %</i>	Tier 2	MO
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	Tier 2	MO
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	Tier 2	MO
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	Tier 2	MO
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	Tier 4	MO
<b>RESPIRATORY TRACT AGENTS</b>		
<u><b>ANTI-HISTAMINES</b></u>		
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	MO
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	MO
<i>clemastine fumarate oral tablet 2.68 mg</i>	Tier 1	MO
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	MO
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	MO
<i>promethazine vc plain oral solution 6.25-5 mg/5ml</i>	Tier 2	MO
PROMETHEGAN RECTAL SUPPOSITORY 12.5 MG	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b><u>ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS</u></b>		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	Tier 3	MO
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL 100 MCG/ACT	Tier 3	MO
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml</i>	Tier 4	BvD; MO
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/BLIST	Tier 3	MO
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT	Tier 3	MO
<b><u>ANTILEUKOTRIENES</u></b>		
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	Tier 2	MO
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg</i>	Tier 2	MO
<b><u>BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC</u></b>		
<i>acetylcysteine inhalation solution 20 %</i>	Tier 2	BvD; MO
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	Tier 2	BvD; MO
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE 18 MCG	Tier 3	MO
<b><u>BRONCHODILATORS, PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS (XANTHINES)</u></b>		
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	Tier 2	MO
<b><u>BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC</u></b>		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 45-21 MCG/ACT	Tier 3	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH	Tier 3	MO
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	Tier 2	BvD; MO
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml</i>	Tier 2	BvD; MO
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	Tier 1	MO; QL (30 GM per 30 days)
<i>metaproterenol sulfate oral tablet 10 mg</i>	Tier 4	MO
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE	Tier 3	MO
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT	Tier 3	MO
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 2	MO
<b><u>MAST CELL STABILIZERS</u></b>		
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	Tier 2	BvD; MO
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	Tier 2	MO
<b><u>NASAL AGENTS</u></b>		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	Tier 2	MO
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	Tier 1	MO
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	Tier 1	MO
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>	Tier 1	MO
<i>triamcinolone acetonide nasal aerosol 55 mcg/act</i>	Tier 2	MO

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b><u>PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES</u></b>		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG	Tier 5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LETAIRIS ORAL TABLET 5 MG	Tier 5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	Tier 5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	Tier 2	PA; MO; QL (90 EA per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET 62.5 MG	Tier 5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	Tier 5	PA; LA
<b><u>PULMONARY FIBROSIS AGENTS</u></b>		
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	Tier 5	PA; MO
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG	Tier 5	PA; LA
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG	Tier 5	PA; LA
<b><u>RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER</u></b>		
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG	Tier 3	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	Tier 5	PA; LA
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	Tier 5	PA; MO
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG	Tier 5	PA; LA
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	Tier 5	PA; LA
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	Tier 5	PA; MO
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	Tier 5	PA; LA; QL (6 EA per 28 days)

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b>SKELETAL MUSCLE RELAXANTS</b>		
<b><u>SKELETAL MUSCLE RELAXANTS</u></b>		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	Tier 1	MO
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	MO
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	MO
<i>metaxalone oral tablet 400 mg</i>	Tier 4	MO
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	Tier 2	MO
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	Tier 2	MO
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>	Tier 2	MO
<b>SLEEP DISORDER AGENTS</b>		
<b><u>BARBITURATES</u></b>		
BUTISOL SODIUM ORAL TABLET 30 MG	Tier 4	MO
<b><u>BENZODIAZEPINES</u></b>		
<i>estazolam oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	MO
<i>flurazepam hcl oral capsule 15 mg</i>	Tier 1	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i>	Tier 2	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	Tier 2	MO
<b><u>GABA RECEPTOR MODULATORS</u></b>		
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	Tier 1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 5 mg</i>	Tier 2	MO; QL (30 EA per 30 days)

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b><u>SLEEP DISORDERS, OTHER</u></b>		
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	Tier 2	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 5 MG	Tier 4	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	Tier 3	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
SILENOR ORAL TABLET 3 MG	Tier 4	MO
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	Tier 5	PA; LA; QL (540 ML per 30 days)

**BvD**= Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **PA**: Se requiere autorización previa; **ST**: Se requiere excepción de terapia escalonada; **QL**: Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **LA**: Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias; **MO**: Pedido por correo. Para obtener información, llame a 844-860-6750. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Fecha de la última actualización: 08/24/2018.

## Índice de medicamentos

<b>A</b>		
abacavir sulfate	33	
abacavir sulfate-lamivudine	33	
abacavir-lamivudine- zidovudine	33	
ABELCET	20	
ABILIFY MAINTENA	30	
acamprosate calcium	9	
acarbose	36	
acebutolol hcl	43	
acetaminophen-codeine	8	
acetazolamide	44	
acetic acid	71	
acetylcysteine	72	
acitretin	48	
ACTEMRA	64	
ACTHIB	64	
ACTIMMUNE	24	
acyclovir	32, 49	
acyclovir sodium	32	
ADACEL	64	
adapalene	49	
adefovir dipivoxil	31	
ADEMPAS	74	
ADVAIR HFA	72	
AFINITOR	24	
ALBENZA	28	
albuterol sulfate	72	
alclometasone dipropionate	49	
ALECENSA	24	
alendronate sodium	66	
alfuzosin hcl er	57	
ALINIA	28	
allopurinol	21	
alosectron hcl	55	
ALPHAGAN P	69	
alprazolam	35	
ALUNBRIG	24	
AMABELZ	60	
amantadine hcl	29	
AMBISOME	20	
amcinonide	49	
AMETHIA LO	59	
amikacin sulfate	10	
amiloride hcl	45	
amiloride-hydrochlorothiazide	41	
AMINOSYN-RF	53	
amiodarone hcl	41	
AMITIZA	55	
amitriptyline hcl	19	
amlodipine besy-benazepril hcl	41	
amlodipine besylate	43	
amlodipine besylate-valsartan	41	
amlodipine-atorvastatin	44	
amlodipine-olmesartan	41	
amlodipine-valsartan-hctz	41	
ammonium lactate	49	
AMNESTEEM	49	
amoxapine	19	
amoxicill-clarithro-lansopraz	55	
amoxicillin	13	
amoxicillin-pot clavulanate	13	
amphetamine- dextroamphetamine	47	
amphotericin b	20	
ampicillin	13	
ampicillin sodium	13	
ampicillin-sulbactam sodium	13	
AMPYRA	48	
ANADROL-50	59	
anagrelide hcl	39	
anastrozole	28	
APOKYN	29	
apraclonidine hcl	69	
aprepitant	20	
APRI	59	
APTIOM	17	
APTIVUS	34	
ARCALYST	64	
armodafinil	76	
ARNUITY ELLIPTA	72	
ASMANEX HFA	72	
aspirin-dipyridamole er	39	
atazanavir sulfate	34	
atenolol	43	
atenolol-chlorthalidone	41	
atomoxetine hcl	47	
atorvastatin calcium	45	
atovaquone	28	
atovaquone-proguanil hcl	28	
ATRIPLA	32	
atropine sulfate	67	
AUBAGIO	48	
AUBRA	59	
AURYXIA	57	
AUSTEDO	47	
AVANDIA	36	
AVC VAGINAL	58	
AVONEX	48	
AZACTAM	12	
azathioprine	63	
azelastine hcl	69, 73	
azithromycin	14	
AZOPT	69	
aztreonam	13	
<b>B</b>		
bacitracin	68	
bacitracin-polymyxin b	68	
bacitra-neomycin-polymyxin- hc	70	
baclofen	75	
BACTOCILL IN DEXTROSE	13	
balsalazide disodium	66	
BALZIVA	59	
BANZEL	17	
bcg vaccine	64	
BEKYREE	59	
BELSOMRA	76	
benazepril hcl	40	
benazepril-hydrochlorothiazide	41	
BENLYSTA	63	
benznidazole	28	

benzoyl peroxide- erythromycin.....	49	BYSTOLIC .....	43	cevimeline hcl.....	48
benztropine mesylate .....	29	<b>C</b>		CHANTIX .....	10
BEPREVE .....	69	cabergoline .....	61	chlordiazepoxide hcl.....	35
BESIVANCE.....	68	CABOMETYX .....	25	chlordiazepoxide-amitriptyline .....	19
betamethasone dipropionate	49	calcipotriene .....	49	chlorhexidine gluconate.....	48
aug .....	49	calcitonin (salmon).....	66	chloroquine phosphate .....	28
betamethasone valerate.....	49	calcitriol.....	49, 66	chlorothiazide .....	45
BETASERON.....	48	calcium acetate (phos binder) .....	57	chlorpromazine hcl .....	30
betaxolol hcl .....	43, 69	CALQUENCE .....	25	chlorthalidone .....	45
bethanechol chloride.....	56	CAMILA .....	59	chlorzoxazone .....	75
bexarotene.....	24	candesartan cilexetil.....	40	cholestyramine .....	46
BEXSERO.....	64	candesartan cilexetil-hctz.....	41	cholestyramine light.....	46
bicalutamide .....	24	CAPRELSA .....	25	ciclopirox .....	49
BICILLIN C-R .....	13	captopril.....	40	ciclopirox olamine .....	49
BICILLIN L-A .....	13	captopril-hydrochlorothiazide .....	41	cilostazol.....	39
BIDIL .....	44	CARBAGLU.....	51	cimetidine .....	55
BIKTARVY .....	33	carbamazepine.....	17	cimetidine hcl.....	54
bisoprolol fumarate.....	43	carbidopa-levodopa- entacapone.....	29	CINRYZE .....	44
bisoprolol-hydrochlorothiazide .....	41	carbinoxamine maleate.....	71	CIPRODEX .....	71
BLEPHAMIDE .....	70	carisoprodol.....	75	ciprofloxacin .....	15
BLISOVI FE 1/20.....	59	carteolol hcl.....	69	ciprofloxacin hcl .....	14, 68, 71
BOSULIF .....	24	CARTIA XT .....	43	ciprofloxacin in d5w .....	14
BREO ELLIPTA .....	73	carvedilol.....	43	ciprofloxacin-ciproflox hcl er .....	15
BRILINTA .....	39	casprofungin acetate .....	20	citalopram hydrobromide.....	18
BRIVIACT .....	15	CAYSTON.....	13	clarithromycin.....	14
bromocriptine mesylate .....	29	CAZIENT .....	59	clemastine fumarate .....	71
budesonide.....	58, 72	cefaclor .....	12	CLENPIQ .....	55
budesonide er.....	58	cefadroxil.....	12	clindamycin hcl.....	10
bumetanide .....	45	cefazolin sodium .....	12	clindamycin palmitate hcl....	10
BUPAP .....	22	cefdinir .....	12	clindamycin phosphate .	10, 49, 58
buprenorphine.....	8	cefepime hcl .....	12	clindamycin phosphate in d5w .....	10
buprenorphine hcl.....	8	cefotaxime sodium .....	12	CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/10).....	53
buprenorphine hcl-naloxone hcl .....	9	cefoxitin sodium.....	12	CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5).....	53
bupropion hcl.....	18	cefprozil.....	12	CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/25).....	53
bupropion hcl er (smoking det) .....	10	ceftazidime .....	12	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15).....	53
buspiron hcl .....	35	ceftriaxone sodium.....	12	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20).....	53
butalbital-apap-caff-cod .....	8	cefuroxime axetil.....	12		
butalbital-apap-caffeine.....	22	cefuroxime sodium.....	12		
butalbital-asa-caff-codeine ...	8	celecoxib .....	22		
BUTISOL SODIUM .....	75	CELONTIN.....	16		
butorphanol tartrate .....	9	cephalexin .....	12		
		cetirizine hcl.....	71		

CLINIMIX/DEXTROSE (2.75/5) .....	53	CYSTADANE .....	56	diphtheria-tetanus toxoids dt	65
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) .....	53	CYSTAGON .....	57	dipyridamole .....	39
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/20) .....	54	CYSTARAN .....	68	disopyramide phosphate .....	41
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/25) .....	54	<b>D</b>		disulfiram .....	9
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) .....	54	DALIRESP .....	74	divalproex sodium .....	16
clobetasol propionate .....	49	danazol .....	59	dofetilide .....	41
clobetasol propionate e .....	49	dapsone .....	11	donepezil hcl .....	17
clomipramine hcl .....	19	DAPTACEL .....	65	doripenem .....	13
clonazepam .....	16	daptomycin .....	11	dorzolamide hcl .....	69
clonidine hcl .....	39	darifenacin hydrobromide er	56	dorzolamide hcl-timolol mal	69
clonidine hcl er .....	47	DEMSER .....	44	doxazosin mesylate .....	40
clopidogrel bisulfate .....	39	DEPEN TITRATABS .....	53	doxepin hcl .....	19
clorazepate dipotassium .....	35	DEPO-PROVERA .....	61	doxycycline hyclate .....	15
clotrimazole .....	20, 49	DESCOVY .....	33	doxycycline monohydrate .....	15
clotrimazole-betamethasone	49	desipramine hcl .....	19	dronabinol .....	20
clozapine .....	31	desloratadine .....	71	DROXIA .....	25
COARTEM .....	28	desmopressin ace spray refig		duloxetine hcl .....	18
codeine sulfate .....	8	.....	61	DUREZOL .....	70
colchicine .....	21	desmopressin acetate .....	61	dutasteride .....	57
colchicine-probenecid .....	21	desonide .....	49	dutasteride-tamsulosin hcl ...	57
colestipol hcl .....	46	desoximetasone .....	49	<b>E</b>	
colistimethate sodium (cba)	11	desvenlafaxine er .....	18	econazole nitrate .....	49
COMBIGAN .....	69	desvenlafaxine succinate er	18	EDURANT .....	32
COMPLERA .....	32	dexamethasone .....	58	efavirenz .....	32
COMPRO .....	30	dexamethasone sodium		eletriptan hydrobromide .....	23
constulose .....	55	phosphate .....	70	ELIDEL .....	50
COPAXONE .....	48	DEXILANT .....	56	ELIGARD .....	25
CORLANOR .....	44	dexmethylphenidate hcl .....	47	ELIQUIS .....	38
COSENTYX SENSOREADY		dextroamphetamine sulfate	47	ELMIRON .....	57
300 DOSE .....	64	dextrose .....	54	EMCYT .....	25
COTELLIC .....	25	dextrose-nacl .....	51	EMSAM .....	18
CRIXIVAN .....	34	DIASTAT PEDIATRIC .....	16	EMTRIVA .....	33
cromolyn sodium .....	69, 73	diazepam .....	35	EMVERM .....	28
CRYSSELLE-28 .....	60	diclofenac potassium .....	22	enalapril maleate .....	40
CYCLAFEM 7/7/7 .....	60	diclofenac sodium ....	22, 49, 70	enalapril-hydrochlorothiazide	
cyclobenzaprine hcl .....	75	diclofenac-misoprostol .....	22	.....	42
cyclophosphamide .....	24	dicloxacillin sodium .....	13	ENBREL .....	64
CYCLOSET .....	36	dicyclomine hcl .....	54	ENDARI .....	56
cyclosporine .....	63	DIFICID .....	14	enoxaparin sodium .....	38
cyclosporine modified .....	63	diflorasone diacetate .....	49	ENPRESSE-28 .....	60
cyproheptadine hcl .....	71	diflunisal .....	22	entacapone .....	29
		DIGITEK .....	44	entecavir .....	32
		dihydroergotamine mesylate	23	ENTRESTO .....	42
		DILANTIN .....	17	enulose .....	55
		diltiazem hcl .....	43	epinastine hcl .....	69
		diphenoxylate-atropine .....	54	epinephrine .....	44

eplerenone.....	45	FINACEA .....	50	gatifloxacin .....	68
EPOGEN .....	38	finasteride.....	57	GATTEX .....	55
eprosartan mesylate .....	40	FIRAZYR.....	44	GAVILYTE-G.....	55
ERAXIS.....	21	FIRMAGON .....	25	GAVILYTE-N WITH	
ergoloid mesylates .....	40	flavoxate hcl.....	57	FLAVOR PACK.....	55
ergotamine-caffeine .....	23	FLEBOGAMMA DIF.....	63	gemfibrozil.....	45
ERIVEDGE .....	25	flecainide acetate.....	41	gentamicin in saline .....	10
ERLEADA .....	25	FLOVENT DISKUS .....	72	gentamicin sulfate....	10, 50, 68
ERYTHROCIN		FLOVENT HFA .....	72	GENVOYA.....	32
LACTOBIONATE .....	14	fluconazole.....	21	GEODON .....	35
ERYTHROCIN STEARATE		fluconazole in sodium chloride		GILENYA.....	48
.....	14	.....	21	GILOTRIF .....	25
erythromycin.....	50, 68	flucytosine.....	21	glimepiride.....	36
erythromycin base .....	14	fludrocortisone acetate .....	58	glipizide .....	36
erythromycin ethylsuccinate	14	flunisolide.....	73	glipizide-metformin hcl .....	36
ESBRIET .....	74	fluocinolone acetonide .....	71	global alcohol prep ease.....	67
escitalopram oxalate .....	19	fluocinolone acetonide scalp	50	GLUCAGEN HYPOKIT.....	37
ESTARYLLA.....	60	fluocinonide.....	50	GLUCAGON EMERGENCY	
estazolam .....	75	fluocinonide emulsified base	50	.....	37
estradiol .....	58, 60	fluorometholone .....	70	glyburide .....	36
estradiol valerate.....	60	fluorouracil.....	25	glyburide micronized .....	36
estropipate.....	60	fluoxetine hcl.....	19	glyburide-metformin.....	36
ethambutol hcl .....	23	fluphenazine decanoate .....	30	glycopyrrolate .....	54
ethosuximide.....	16	fluphenazine hcl .....	30	granisetron hcl .....	20
etodolac.....	22	flurazepam hcl.....	75	griseofulvin microsize .....	21
EUCRISA.....	50	flurbiprofen .....	22	griseofulvin ultramicrosize ..	21
EVOTAZ.....	33	flurbiprofen sodium.....	70	guanfacine hcl.....	39
exemestane .....	28	flutamide .....	25	guanidine hcl.....	23
ezetimibe.....	46	fluticasone propionate ....	50, 73	<b>H</b>	
ezetimibe-simvastatin .....	46	fluvastatin sodium .....	45	halobetasol propionate .....	50
<b>F</b>		fluvoxamine maleate .....	19	haloperidol .....	30
famciclovir.....	32	fondaparinux sodium.....	38	haloperidol decanoate .....	30
famotidine.....	55	FORTEO .....	66	haloperidol lactate.....	30
FANAPT.....	30	FOSAMAX PLUS D .....	67	heparin sodium (porcine)....	38
FARESTON .....	61	fosamprenavir calcium.....	34	HEXALEN .....	24
FARYDAK.....	25	fosinopril sodium .....	40	HUMIRA .....	64
felbamate .....	17	fosinopril sodium-hctz .....	42	HUMIRA PEN.....	64
felodipine er.....	43	FRAGMIN .....	38	hydralazine hcl.....	47
fenofibrate.....	45	furosemide.....	45	hydrochlorothiazide .....	45
fenofibrate micronized.....	45	FUZEON .....	34	hydrocodone-acetaminophen .	8
fenofibric acid.....	45	FYCOMPA .....	16	hydrocodone-ibuprofen.....	8
fentanyl.....	8	<b>G</b>		hydrocortisone .....	50, 58
FENTORA.....	8	gabapentin .....	16	hydrocortisone butyrate .....	50
FERRIPROX .....	53	galantamine hydrobromide...	17	hydrocortisone-acetic acid...	71
FETZIMA.....	19	GAMMAGARD.....	63	hydromorphone hcl.....	8
FIASP .....	37	GARDASIL 9 .....	65	hydromorphone hcl pf.....	8



hydroxychloroquine sulfate .	28	isradipine .....	43	LEUKINE .....	39
hydroxyurea .....	25	itraconazole .....	21	levalbuterol hcl .....	73
hydroxyzine hcl .....	35	ivermectin.....	28	levalbuterol tartrate .....	73
hydroxyzine pamoate.....	35	<b>IXIARO</b> .....	65	<b>LEVEMIR</b> .....	37
<b>I</b>		<b>J</b>		levetiracetam.....	15
ibandronate sodium .....	67	JADENU .....	53	levobunolol hcl .....	69
<b>IBRANCE</b> .....	25	JAKAFI.....	25	levocarnitine .....	56
<b>IBU</b> .....	22	JANTOVEN.....	38	levocetirizine dihydrochloride	
<b>ICLUSIG</b> .....	25	JANUMET .....	36	.....	71
<b>IDHIFA</b> .....	25	JANUVIA .....	36	levofloxacin .....	15, 68
<b>ILEVRO</b> .....	70	JARDIANCE .....	36	levofloxacin in d5w .....	15
imatinib mesylate.....	25	JULUCA .....	33	levonorgestrel-ethinyl estrad	60
<b>IMBRUVICA</b> .....	25	JUNEL 1/20 .....	60	<b>LEVO-T</b> .....	62
imipenem-cilastatin .....	13	JUXTAPID.....	46	lidocaine.....	50
imipramine hcl.....	19	JYNARQUE.....	53	lidocaine hcl.....	50
imipramine pamoate .....	19	<b>K</b>		lidocaine viscous.....	48
imiquimod.....	50	<b>KALETRA</b> .....	34	lidocaine-prilocaine .....	9
<b>IMOVAX RABIES</b> .....	65	<b>KALYDECO</b> .....	74	lindane.....	50
<b>INCRELEX</b> .....	61	kcl in dextrose-nacl .....	52	linezolid .....	11
indapamide .....	45	kcl-lactated ringers-d5w.....	52	<b>LINZESS</b> .....	55
indomethacin .....	22	<b>KELNOR 1/50</b> .....	60	liothyronine sodium .....	62
<b>INLYTA</b> .....	25	ketoconazole.....	21, 50	lisinopril.....	40
<b>INTELENCE</b> .....	32	ketorolac tromethamine..	22, 70	lisinopril-hydrochlorothiazide	
<b>INTRALIPID</b> .....	54	<b>KISQALI 200 DOSE</b> .....	25	.....	42
<b>INTRAROSA</b> .....	58	<b>KISQALI FEMARA 200</b>		lithium.....	35
<b>INTRON A</b> .....	25	DOSE .....	26	lithium carbonate .....	35
<b>INVANZ</b> .....	13	<b>KLOR-CON M10</b> .....	52	<b>LITHOSTAT</b> .....	57
<b>INVEGA SUSTENNA</b> .....	30	<b>KLOR-CON SPRINKLE</b> .....	52	<b>LIVALO</b> .....	46
<b>INVIRASE</b> .....	34	<b>KORLYM</b> .....	62	<b>LONSURF</b> .....	26
<b>INVOKAMET</b> .....	36	<b>KUVAN</b> .....	56	loperamide hcl .....	54
<b>INVOKANA</b> .....	36	<b>KYNAMRO</b> .....	46	lorazepam.....	35
<b>IONOSOL-MB IN D5W</b> .....	51	<b>L</b>		losartan potassium .....	40
<b>IPOL</b> .....	65	labetalol hcl .....	43	losartan potassium-hctz .....	42
ipratropium bromide.....	72, 73	lamivudine.....	32, 33	<b>LOTEMAX</b> .....	70
ipratropium-albuterol.....	73	lamivudine-zidovudine.....	33	lovastatin.....	46
irbesartan .....	40	lamotrigine starter kit-blue...	17	loxapine succinate.....	30
irbesartan-hydrochlorothiazide		lansoprazole.....	56	<b>LUMIGAN</b> .....	67
.....	42	latanoprost.....	67	<b>LUPRON DEPOT (1-</b>	
<b>IRESSA</b> .....	25	<b>LATUDA</b> .....	30	MONTH) .....	26
<b>ISENTRESS HD</b> .....	34	leflunomide .....	64	<b>LUPRON DEPOT (3-</b>	
<b>ISOLYTE-P IN D5W</b> .....	52	<b>LENVIMA 8 MG DAILY</b>		MONTH) .....	26
<b>ISOLYTE-S</b> .....	52	DOSE .....	26	<b>LUPRON DEPOT (4-</b>	
isoniazid.....	23	<b>LETAIRIS</b> .....	74	MONTH) .....	26
<b>ISOPTO ATROPINE</b> .....	68	letrozole.....	28	<b>LYNPARZA</b> .....	26
isosorbide dinitrate .....	46	leucovorin calcium.....	26	<b>LYRICA</b> .....	16
isosorbide mononitrate .....	46	<b>LEUKERAN</b> .....	24	<b>LYSODREN</b> .....	26

<b>M</b>		
magnesium sulfate .....	52	
maprotiline hcl.....	18	
MARPLAN.....	18	
MATULANE.....	26	
MAVYRET .....	32	
meclizine hcl.....	20	
meclofenamate sodium.....	22	
MEDROL .....	58	
medroxyprogesterone acetate .....	60, 61	
mefloquine hcl .....	28	
megestrol acetate .....	26, 61	
MEKINIST .....	26	
meloxicam .....	22	
memantine hcl .....	17	
MENACTRA.....	65	
MENEST .....	60	
MENVEO .....	65	
meperidine hcl .....	8	
meprobamate .....	35	
mercaptapurine .....	24	
meropenem .....	13	
mesalamine .....	66	
MESNEX.....	28	
metaproterenol sulfate .....	73	
metaxalone.....	75	
metformin hcl .....	36	
methadone hcl.....	8	
methazolamide.....	44	
methenamine hippurate .....	11	
methimazole .....	62	
methocarbamol .....	75	
methotrexate .....	63	
methoxsalen rapid.....	50	
methyclothiazide.....	45	
methyl dopa .....	39	
methyl dopa- hydrochlorothiazide.....	42	
methylphenidate hcl er .....	47	
methyltestosterone .....	59	
metipranolol.....	69	
metoclopramide hcl .....	54	
metolazone.....	45	
metoprolol succinate er.....	43	
metoprolol tartrate .....	43	
metoprolol- hydrochlorothiazide.....	42	
metronidazole.....	11, 50, 58	
metronidazole in nacl .....	11	
mexiletine hcl.....	41	
miconazole 3 .....	58	
midodrine hcl .....	39	
miglitol .....	36	
miglustat.....	56	
minocycline hcl .....	15	
minoxidil .....	47	
mirtazapine.....	18	
misoprostol.....	55	
M-M-R II.....	65	
modafinil .....	76	
moexipril hcl .....	40	
moexipril-hydrochlorothiazide .....	42	
mometasone furoate .....	50	
montelukast sodium .....	72	
MONUROL .....	11	
morphine sulfate.....	8	
morphine sulfate er beads.....	8	
MOVANTIK .....	54	
moxifloxacin hcl.....	15, 68	
MULTAQ.....	41	
mupirocin .....	50	
mupirocin calcium.....	50	
MYCAMINE .....	21	
mycophenolate mofetil.....	63	
mycophenolate sodium.....	63	
MYRBETRIQ .....	57	
MYTESI.....	54	
<b>N</b>		
nabumetone .....	22	
nadolol.....	43	
nadolol-bendroflumethiazide .....	42	
nafcillin sodium.....	13	
naltrexone hcl .....	9	
NAMZARIC .....	18	
naproxen.....	22	
naproxen sodium .....	22	
naratriptan hcl.....	23	
NARCAN.....	9	
NATACYN .....	68	
nateglinide.....	36	
NATPARA .....	67	
nefazodone hcl .....	18	
neomycin sulfate .....	10	
neomycin-bacitracin zn- polymyx .....	68	
neomycin-polymyxin- dexameth.....	70	
neomycin-polymyxin- gramicidin .....	68	
neomycin-polymyxin-hc 70, 71		
NERLYNX .....	26	
NEUPOGEN.....	39	
NEUPRO .....	29	
nevirapine .....	32	
NEXAVAR.....	26	
NIACOR .....	46	
nicardipine hcl .....	44	
NICOTROL NS .....	10	
nifedipine .....	44	
nilutamide .....	26	
NINLARO .....	26	
nitrofurantoin .....	11	
nitrofurantoin macrocrystal .	11	
nitrofurantoin monohyd macro .....	11	
nitroglycerin.....	46	
nizatidine.....	55	
NORDITROPIN FLEXPRO	62	
norethindrone acetate.....	61	
norethindrone-eth estradiol..	61	
NORMOSOL-M IN D5W ...	52	
NORMOSOL-R IN D5W ....	52	
NORMOSOL-R PH 7.4.....	52	
NORTHERA.....	44	
nortriptyline hcl .....	19	
NORVIR .....	34	
NOVOLIN 70/30 .....	37	
NOVOLIN N .....	38	
NOVOLIN R .....	38	
NOVOLOG MIX 70/30.....	38	
NOXAFIL.....	21	
NUCALA.....	74	
NUDEXTA.....	47	
NUPLAZID .....	31	
NYAMYC.....	50	

nystatin .....	21	PEDIARIX .....	65	pravastatin sodium .....	46
nystatin-triamcinolone .....	50	PEGANONE .....	17	prazosin hcl .....	40
<b>O</b>		PEGASYS PROCLICK .....	32	PRED-G .....	70
octreotide acetate .....	62	penicillin g pot in dextrose...14		prednicarbate.....	51
ODEFSEY .....	33	penicillin g potassium .....	14	prednisolone.....	58
ODOMZO.....	26	penicillin g sodium.....	14	prednisolone acetate.....	70
OFEV .....	74	penicillin v potassium .....	14	prednisolone sodium	
ofloxacin .....	15, 68, 71	PENTAM .....	11	phosphate .....	58, 70
olanzapine.....	31	pentazocine-naloxone hcl.....9		prednisone.....	58
olanzapine-fluoxetine hcl ....	19	pentoxifylline er .....	44	PREMARIN.....	58, 61
olmesartan medoxomil .....	40	perindopril erbumine.....	40	PREMPRO.....	61
olmesartan medoxomil-hctz	42	permethrin .....	51	prenatal .....	52
olmesartan-amlodipine-hctz	42	perphenazine .....	30	PREVYMIS .....	31
olopatadine hcl.....	69	perphenazine-amitriptyline ..30		PREZCOBIX .....	33
omega-3-acid ethyl esters ....	46	PEXEVA .....	19	PREZISTA.....	34
omeprazole .....	56	phenelzine sulfate.....	18	PRIFTIN .....	23
ondansetron.....	20	phenobarbital.....	16	primaquine phosphate .....	28
ondansetron hcl.....	20	phenytoin.....	17	primidone.....	16
ONFI.....	16	PHOSPHOLINE IODIDE....	69	probenecid.....	21
OPSUMIT.....	74	pilocarpine hcl.....	48, 69	PROCALAMINE .....	54
ORAVIG.....	21	pimozide.....	30	prochlorperazine maleate.....	30
ORFADIN .....	56	pindolol .....	43	PROCTOFOAM HC .....	51
ORKAMBI .....	74	pioglitazone hcl .....	36	PROCTO-PAK .....	51
orphenadrine citrate er.....	75	pioglitazone hcl-glimepiride	36	progesterone micronized.....	61
oseltamivir phosphate .....	34	pioglitazone hcl-metformin hcl		PROGLYCEM.....	37
OSPHENA.....	61	.....	36	PROLASTIN-C .....	74
oxacillin sodium .....	14	piperacillin sod-tazobactam so		PROLENSA.....	70
oxandrolone .....	59	.....	14	PROLIA .....	67
oxaprozin .....	22	piroxicam.....	22	PROMACTA .....	39
oxazepam.....	35	PLASMA-LYTE 148.....	52	promethazine vc plain.....	71
oxcarbazepine .....	17	PLASMA-LYTE A .....	52	PROMETHEGAN .....	71
oxybutynin chloride.....	57	PLEGRIDY STARTER PACK		propafenone hcl .....	41
oxycodone hcl.....	8	.....	48	proparacaine hcl.....	68
oxycodone-acetaminophen ....	8	podofilox .....	51	propranolol hcl.....	43
oxycodone-aspirin .....	8	polyethylene glycol 3350 ....	55	propranolol-hctz.....	42
oxycodone-ibuprofen.....	9	polymyxin b-trimethoprim...68		propylthiouracil.....	62
oxymorphone hcl .....	9	POMALYST .....	26	PROQUAD .....	65
OZEMPIC.....	36	potassium chloride in dextrose		protriptyline hcl .....	19
<b>P</b>		.....	52	PULMOZYME .....	74
paliperidone er .....	31	potassium chloride in nacl....	52	pyrazinamide.....	23
PANRETIN .....	51	potassium citrate er .....	52	pyridostigmine bromide.....	23
pantoprazole sodium.....	56	PRADAXA .....	38	<b>Q</b>	
paricalcitol .....	67	PRALUENT.....	46	QUADRACEL.....	65
paromomycin sulfate .....	10	pramipexole dihydrochloride		quetiapine fumarate .....	31
paroxetine hcl .....	19	.....	29	quinapril hcl .....	40
PASER.....	23	prasugrel hcl.....	39		

quinapril-hydrochlorothiazide .....	42	SAMSCA .....	53	SULFAMYLON .....	51
quinidine sulfate .....	41	SANTYL .....	51	sulfasalazine .....	66
quinine sulfate .....	28	SAPHRIS .....	31	SULFATRIM PEDIATRIC .....	15
<b>R</b>		SAVELLA .....	47	sulindac .....	22
RABAVERT .....	65	scopolamine .....	20	sumatriptan succinate .....	23
raloxifene hcl .....	61	selegiline hcl .....	29	SUPRAX .....	12
ramipril .....	40	selenium sulfide .....	51	SUPREP BOWEL PREP KIT .....	55
RANEXA .....	44	SELZENTRY .....	34	SUTENT .....	26
ranitidine hcl .....	55	SENSIPAR .....	67	SYEDA .....	60
RAPAFLO .....	57	SEREVENT DISKUS .....	73	SYLATRON .....	27
rasagiline mesylate .....	29	sertraline hcl .....	19	SYMDEKO .....	74
RASUVO .....	63	sevelamer carbonate .....	57	SYMFI .....	33
RAVICTI .....	56	SHINGRIX .....	65	SYMFI LO .....	33
RECOMBIVAX HB .....	65	SIGNIFOR .....	62	SYMLINPEN 60 .....	37
REGRANEX .....	51	sildenafil citrate .....	74	SYNAREL .....	62
RELENZA DISKHALER ...	34	SILENOR .....	76	SYNJARDY .....	37
repaglinide .....	36	silver sulfadiazine .....	51	SYNJARDY XR .....	37
repaglinide-metformin hcl ...	37	SIMBRINZA .....	69	SYNRIBO .....	27
REPATHA SURECLICK ...	46	SIMPONI .....	64	<b>T</b>	
RESCRIPTOR .....	33	simvastatin .....	46	TABLOID .....	24
RESTASIS .....	68	sirolimus .....	63	tacrolimus .....	51, 63
REVLIMID .....	24	sodium chloride .....	52, 57	TAFINLAR .....	27
REXULTI .....	31	sodium lactate .....	52	TAGRISSE .....	27
RIBASPHERE .....	32	SOLQUA .....	37	tamoxifen citrate .....	27
rifabutin .....	23	SOMATULINE DEPOT ...	62	tamsulosin hcl .....	57
rifampin .....	24	SOMAVERT .....	62	TARCEVA .....	27
RIFATER .....	24	sotalol hcl .....	43	TARGRETIN .....	51
riluzole .....	47	sotalol hcl (af) .....	43	TASIGNA .....	27
rimantadine hcl .....	34	SPIRIVA HANDIHALER ...	72	TAVALISSE .....	39
risedronate sodium .....	67	spironolactone .....	45	TAZORAC .....	51
RISPERDAL CONSTA ...	31	spironolactone-hctz .....	42	TAZTIA XT .....	44
risperidone .....	31	SPRYCEL .....	26	TECFIDERA .....	48
ritonavir .....	34	SPS .....	53	TEFLARO .....	12
rivastigmine .....	17	stavudine .....	33	TEKTRUNA .....	40
rivastigmine tartrate .....	17	STELARA .....	64	TEKTRUNA HCT .....	42
rizatriptan benzoate .....	23	STIOLTO RESPIMAT ...	73	telmisartan .....	40
ropinirole hcl .....	29	STIVARGA .....	26	telmisartan-hctz .....	42
rosuvastatin calcium .....	46	streptomycin sulfate .....	10	temazepam .....	75
ROTARIX .....	65	STRIBILD .....	33	terazosin hcl .....	40
ROTATEQ .....	65	SUBVENITE .....	17	terbinafine hcl .....	21
RUBRACA .....	26	sucralfate .....	55	terbutaline sulfate .....	73
RYDAPT .....	26	sulfacetamide sodium .....	68	terconazole .....	58
RYTARY .....	29	sulfacetamide sodium (acne) .....	51	testosterone .....	59
<b>S</b>		sulfadiazine .....	15	testosterone cypionate .....	59
SABRIL .....	16	sulfamethoxazole- trimethoprim .....	15		

testosterone enanthate.....	59	trifluoperazine hcl .....	30	VERSACLOZ.....	31
tetanus-diphtheria toxoids td	65	trifluridine .....	69	VERZENIO .....	27
tetrabenazine.....	47	trihexyphenidyl hcl.....	29	VICTOZA.....	37
tetracycline hcl.....	15	TRI-LEGEST FE .....	60	VIDEX.....	33
THALOMID.....	24	trimethobenzamide hcl .....	20	VIGADRONE.....	16
theophylline .....	72	trimethoprim.....	11	VIIBRYD.....	18
thioridazine hcl .....	30	TRI-MILI .....	60	VIMPAT .....	17
thiothixene .....	30	trimipramine maleate .....	19	VIRACEPT.....	34
THYROLAR-1/4.....	62	TRINTELLIX .....	18	VIREAD .....	33
tiagabine hcl.....	16	TRIUMEQ .....	33	VIVITROL .....	9
tigecycline.....	11	TRI-VYLIBRA .....	60	voriconazole.....	21
timolol maleate .....	43, 69	tropium chloride .....	57	VOSEVI.....	32
tinidazole .....	11	TRULICITY.....	37	VOTRIENT .....	27
TIVICAY.....	34	TRUMENBA .....	66	VRAYLAR.....	31
tizanidine hcl .....	75	TRUVADA .....	33	VYLIBRA.....	60
TOBI PODHALER .....	10	TWINRIX .....	66	<b>W</b>	
tobramycin.....	68	TYBOST .....	34	WELCHOL.....	46
tobramycin sulfate .....	10	TYKERB.....	27	WYMZYA FE .....	60
tobramycin-dexamethasone.	70	TYMLOS .....	67	<b>X</b>	
tolazamide.....	37	TYPHIM VI.....	66	XALKORI .....	27
tolbutamide.....	37	<b>U</b>		XARELTO.....	38
tolmetin sodium .....	22	UCERIS .....	51	XATMEP .....	63
tolterodine tartrate .....	57	ULORIC.....	21	XELJANZ.....	64
topiramate .....	17	UPTRAVI .....	74	XIFAXAN .....	11
toremide .....	45	ursodiol.....	54	XOLAIR .....	74
TOUJEO MAX SOLOSTAR		<b>V</b>		XTANDI.....	27
.....	38	valacyclovir hcl .....	32	XULTOPHY .....	37
TPN ELECTROLYTES .....	53	VALCHLOR.....	27	XYREM.....	76
TRACLEER .....	74	valganciclovir hcl.....	31	<b>Y</b>	
tramadol hcl .....	9	valproate sodium .....	16	YF-VAX .....	66
tramadol-acetaminophen .....	9	valproic acid.....	16	YONSA.....	27
trandolapril .....	40	valsartan .....	40	<b>Z</b>	
trandolapril-verapamil hcl er	42	valsartan-hydrochlorothiazide		zafirlukast .....	72
tranexamic acid.....	39	.....	43	zaleplon.....	75
tranlycypromine sulfate .....	18	vancomycin hcl .....	11	ZARXIO .....	39
TRAVATAN Z.....	67	vancomycin hcl in dextrose..	11	ZEJULA.....	27
trazodone hcl .....	18	vancomycin hcl in nacl.....	11	ZELBORAF.....	27
TRECTOR.....	24	VAQTA.....	66	ZENPEP.....	56
TRELSTAR MIXJECT .....	27	VARIVAX .....	66	ZERBAXA .....	12
TRESIBA FLEXTOUCH....	38	VARIZIG .....	63	zidovudine.....	33
tretinoin.....	27, 51	VARUBI .....	20	ziprasidone hcl .....	31
triamcinolone acetonide 48, 51,		VASCEPA .....	46	ZOLINZA.....	27
58, 73		VEMLIDY .....	32	zolmitriptan.....	23
triamterene-hctz.....	42	VENCLEXTA.....	27	zolpidem tartrate .....	75
triazolam .....	75	venlafaxine hcl .....	19	zonisamide .....	16
trientine hcl.....	53	verapamil hcl.....	44	ZORTRESS .....	63

ZOSTAVAX.....	66	ZYKADIA .....	27	ZYTIGA .....	27
ZOSYN.....	14	ZYLET .....	70		
ZYDELIG.....	27	ZYPREXA RELPREVV .....	31		

Memorial Hermann *Advantage* HMO es proporcionado por Memorial Hermann Health Plan, Inc., una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.

Memorial Hermann *Advantage* HMO cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Este formulario resumido se actualizó el 08/24/2018. Esta no es una lista completa de los medicamentos que cubre nuestro plan. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con Memorial Hermann *Advantage* HMO al 855-645-8448, 1 de octubre a 31 de marzo: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 días a la semana horario de la zona central y 1 de abril a 30 de septiembre: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., lunes a viernes horario de la zona central (los usuarios de TTY deben llamar al 711), o visite [healthplan.memorialhermann.org/medicare](http://healthplan.memorialhermann.org/medicare).