

2023



Generations (HMO)
Generations Plus (HMO)

FORMULARIO ABREVIADO

**CHRISTUS Health Plan Generations
cubre a los miembros en los
siguientes condados:**

Aransas	Harrison	Panola
Bee	Henderson	Red River
Bowie	Hopkins	Refugio
Caldwell	Jasper	Rusk
Camp	Jefferson	San Patricio
Cass	Jim Wells	Smith
Cherokee	Kleberg	Titus
Comal	Marion	Tyler
Franklin	Morris	Upshur
Gregg	Newton	Van Zandt
Guadalupe	Nueces	Wood
Hardin	Orange	



CHRISTUS HEALTH PLAN

Planes Medicare Advantage



MÉTODO	SERVICIOS PARA LOS MIEMBROS – INFORMACIÓN DE CONTACTO
LLAME AL	844.282.3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarlo, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Un sistema de respuesta de voz está disponible después del horario habitual. Se responderá a los mensajes enviados en un plazo de un día hábil. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Relay Texas Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible para ayudarlo, siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	469.282.3013
ESCRIBA A	Christus Health Plan Generations, a la atención de: Member Services P.O. Box 169001 Irving | TX 75016
SITIO WEB	ChristusHealthPlan.org

SERVICIOS DE SALUD Y HUMANOS DE TEXAS

Los servicios de salud y humanos de Texas (Texas Health and Human Services) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

MÉTODO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
LLAME AL	800.252.9240 Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) Texas Department of Insurance P.O. Box 149104 Austin | TX 787148
SITIO WEB	tdi.texas.gov/consumer/hicap/

844.282.3026, TTY 711

Del 1 de octubre al 31 de marzo, 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
CHRISTUShealthplan.org

CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)

CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)

Formulario resumido para 2023

(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 23054, Version Number 6

Este formulario resumido se actualizó el 08/18/2022. No hemos realizado cambios en este formulario resumido desde 08/18/2022. 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 CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO Servicio al miembros al 1-844-282-3026. Los usuarios de TTY, deben llamar al 711, 8 a.m.-8 p.m., hora local, siete días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. - 8 p.m. hora local, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite christushealthplan.org.

Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas - Nuestro plan cubre la mayor parte de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

Mensaje importante acerca de lo que usted paga por la insulina– Usted no pagará más de \$35 para un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre.

Última actualización 8/18/2022

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 CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO).

Este documento incluye una lista parcial de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 08/18/2022. Comuníquese con nosotros para obtener un formulario actualizado y completo. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

¿Qué es el Formulario resumido de CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)?

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (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 CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (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 CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO). Para consultar la lista completa de todos los medicamentos con receta cubiertos por CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (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)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero se podrían agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones por parte de CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO). Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

Cambios que pueden afectarlo este año: En los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
 - Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (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, podríamos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el Formulario; o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o a ambos. O podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, [o] agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, 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 31 días.
 - Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)?”.

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2023 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2023, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos

continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el 08/18/2022. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 10. 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 Antihypertensive Therapy. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 10. 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 74. 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?

CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (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:** CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) exige que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con CHRISTUS Health Plan

Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene autorización, es posible que CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) limita la cantidad del medicamento que cubrirá CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO). Por ejemplo, CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) proporciona 31 por receta para AFINITOR. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (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 CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 10. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado en línea un documento para explicar nuestra restricción de autorización previa. También puede solicitarnos 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 CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (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 puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)?” en la página 6 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 CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (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 CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (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 CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO). Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO).
- Puede solicitar que CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (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 CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)?

Puede solicitarle a CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (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, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (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, CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (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, o a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la excepción, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

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

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

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 31 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de hasta 31 días del medicamento. Después del primer suministro para 31 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

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

Cuya ventana transición afiliados ha expirado y son o bien de ser admitido en un entorno LTC o dando de alta un establecimiento de atención a largo plazo prevista una transición adicional se deben a llenar ese nivel de cambio de atención. Si bien inicialmente rechazar la reclamación como el miembro ya no es de acuerdo elegibles para la transición fechas de inscripción del plan, el farmacéutico es instruido para introducir un código de anulación para permitir que el proceso de transición a la oferta en consecuencia. Ediciones de recarga Los primeros no se apliquen de un establecimiento.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO), consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (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 CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)

El Formulario resumido que comienza en la siguiente página 10 proporciona información acerca de la cobertura de algunos de los medicamentos cubiertos por CHRISTUS Health Plan Generations

(HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO). Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 74.

Recuerde lo siguiente: Esta es solo una lista parcial de los medicamentos que cubre CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (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, AFINITOR) y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, atorvastatin).

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

Número Tier	Nivel Nombre	De copago por un suministro de un mes en una farmacia de la red con participación en los costos estándar
1	Generico preferido	\$4
2	Generico no preferido	\$10
3	Marca preferida	\$47
4	Marca no preferida	\$100
5	Nivel de medicamentos de especialidad	Usted paga 33% del costo total

Below is a list of abbreviations that may appear on the following pages in the Requirements/Limits column that tells you if there are any special requirements for coverage of your drug.

Lista de Abreviaciones

31D: Este medicamento no esta disponible para un suministro prolongado. Solo puese obtener un suministro de 31 dias.

B/D PA: Este medicamento con receta pueden estar cubiertos por la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. La información puede ser necesario Enviado Describir el uso y la configuración de la droga para hacer la determinación.

LA: Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar solo disponible en algunas farmacias. Para obtener más información, por favor llame a Servicio al Cliente.

MO: Mail-Order Drogas. Este medicamento con receta está disponible a través de nuestro servicio de pedidos por correo, así como a través de nuestras farmacias de la red minorista. Considere el uso de pedidos por correo para su largo plazo manejador (mantenimiento) medicamentos (tales como medicamentos para la presión arterial alta). Farmacias de la red al por menor pueden ser más apropiados para las prescripciones de corto plazo manejador (como los antibióticos).

PA: Autorización Previa. El plan requiere que usted o su médico obtenga autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted tendrá que obtener la aprobación antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubra el medicamento.

QL: Cantidad Límite. Para ciertos medicamentos, el Plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos.

ST: Paso de Terapia. En algunos casos, el Plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición médica, es posible que no cubra el medicamento B a menos que trate el Medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, cubriremos el medicamento B. A continuación

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
ANTI - INFECTIVES		
ANTIFUNGAL AGENTS		
ABELCET	4	B/D PA; MO
<i>amphotericin b</i>	4	B/D PA; MO
<i>caspofungin intravenous recon soln 50 mg</i>	5	31D
<i>caspofungin intravenous recon soln 70 mg</i>	4	
<i>clotrimazole mucous membrane</i>	2	MO
CRESEMBA ORAL	4	PA; 31D
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	4	PA; MO
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 400 mg/200 ml</i>	4	PA
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution</i>	3	MO
<i>fluconazole oral tablet</i>	2	MO
<i>flucytosine</i>	5	MO; 31D
<i>griseofulvin microsize</i>	4	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	4	MO
<i>itraconazole oral capsule</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>itraconazole oral solution</i>	4	MO
<i>ketoconazole oral</i>	2	MO
<i>micafungin</i>	5	MO; 31D
<i>nystatin oral</i>	2	MO
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	5	PA; MO; 31D; QL (96 per 30 days)
<i>terbinafine hcl oral</i>	2	MO
<i>voriconazole intravenous</i>	5	PA; MO; 31D
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution</i>	5	PA; MO; 31D
<i>voriconazole oral tablet</i>	4	PA; MO
ANTIVIRALS		
<i>abacavir</i>	3	MO
<i>abacavir-lamivudine</i>	3	MO
<i>acyclovir oral capsule</i>	2	MO
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	4	MO
<i>acyclovir oral tablet</i>	2	MO
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	4	B/D PA; MO
<i>adefovir</i>	4	MO
<i>amantadine hcl oral capsule</i>	3	MO
<i>amantadine hcl oral solution</i>	3	MO
APTIVUS	5	MO; 31D
<i>atazanavir</i>	4	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
BARACLUDE ORAL SOLUTION	5	MO; 31D
BIKTARVY	5	MO; 31D
CIMDUO	5	MO; 31D
COMPLERA	4	MO; 31D
DELSTRIGO	5	MO; 31D
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG	5	MO; 31D
DOVATO	5	MO; 31D
EDURANT	5	MO; 31D
<i>efavirenz</i>	4	MO
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir</i>	5	MO; 31D
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	MO; 31D
<i>emtricitabine</i>	4	MO
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	5	MO; 31D
EMTRIVA ORAL SOLUTION	3	MO
<i>entecavir</i>	4	MO
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	5	PA; MO; 31D; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	5	PA; MO; 31D; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; MO; 31D; QL (56 per 28 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG	5	PA; MO; 31D; QL (28 per 28 days)
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION	4	MO
<i>etravirine</i>	5	MO; 31D
EVOTAZ	5	MO; 31D
<i>famciclovir</i>	3	MO
<i>fosamprenavir</i>	5	MO; 31D
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN	5	MO; 31D
GENVOYA	5	MO; 31D
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; MO; 31D; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; MO; 31D; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; MO; 31D; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG	5	PA; MO; 31D; QL (28 per 28 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	MO
ISENTRESS HD	5	MO; 31D
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET	5	MO; 31D
ISENTRESS ORAL TABLET	5	MO; 31D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5	MO; 31D
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	3	MO
JULUCA	5	MO; 31D
<i>lamivudine</i>	3	MO
<i>lamivudine-zidovudine</i>	3	MO
LEXIVA ORAL SUSPENSION	4	MO
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i>	4	MO
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet</i>	3	MO
<i>maraviroc</i>	5	MO; 31D
<i>nevirapine oral suspension</i>	4	
<i>nevirapine oral tablet</i>	3	MO
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr</i>	4	MO
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET	4	MO
NORVIR ORAL SOLUTION	4	MO
ODEFSEY	5	MO; 31D
<i>oseltamivir</i>	3	MO
PIFELTRO	5	MO; 31D
PREVYMIS ORAL	5	MO; 31D; QL (30 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
PREZCOBIX	5	MO; 31D
PREZISTA ORAL SUSPENSION	5	MO; 31D
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	4	MO
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5	MO; 31D
RELENZA DISKHALER	4	MO
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET	5	MO; 31D
<i>ribavirin oral capsule</i>	3	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	3	MO
<i>rimantadine</i>	4	MO
<i>ritonavir</i>	3	MO
RUKOBIA	5	MO; 31D
SELZENTRY ORAL SOLUTION	3	MO
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG, 75 MG	3	MO
STRIBILD	5	MO; 31D
SYMTUZA	4	MO; 31D
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	MO
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	3	MO
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	MO; 31D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
TIVICAY PD	5	MO; 31D
TRIUMEQ	5	MO; 31D
TRIUMEQ PD	5	MO; 31D
TRIZIVIR	5	MO; 31D
valacyclovir oral tablet 1 gram	3	MO; QL (120 per 30 days)
valacyclovir oral tablet 500 mg	3	MO; QL (60 per 30 days)
valganciclovir oral recon soln	5	MO; 31D
valganciclovir oral tablet	3	MO
VEMLIDY	5	MO; 31D
VIRACEPT ORAL TABLET	5	MO; 31D
VIREAD ORAL POWDER	5	MO; 31D
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	MO; 31D
VOSEVI	5	PA; MO; 31D; QL (28 per 28 days)
zidovudine oral capsule	4	MO
zidovudine oral syrup	4	MO
zidovudine oral tablet	2	MO
CEPHALOSPORINS		
cefaclor oral capsule	3	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	4	MO
cefaclor oral suspension for reconstitution 375 mg/5 ml	4	
cefadroxil oral capsule	2	MO
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	3	MO
cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg	4	MO
cefazolin injection recon soln 10 gram	4	
cefdinir oral capsule	2	MO
cefdinir oral suspension for reconstitution	3	MO
cefepime injection	4	MO
cefixime	4	MO
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	4	PA; MO
cefoxitin intravenous recon soln 10 gram	4	PA
cefpodoxime	4	MO
cefprozil	3	MO
ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram	4	PA; MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>ceftazidime injection recon soln 6 gram</i>	4	PA
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	4	MO
<i>ceftriaxone injection recon soln 10 gram</i>	4	
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	3	MO
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	4	PA; MO
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram</i>	4	PA; MO
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	MO
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution</i>	2	MO
<i>tazicef injection</i>	4	PA; MO
TEFLARO	5	PA; MO; 31D
ERYTHROMYCINS / OTHER MACROLIDES		
<i>azithromycin intravenous</i>	4	PA; MO
<i>azithromycin oral packet</i>	3	MO
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)</i>	2	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	2	MO
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution</i>	4	MO
<i>clarithromycin oral tablet</i>	3	MO
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr</i>	3	MO
DIFICID ORAL TABLET	5	MO; 31D; QL (20 per 10 days)
<i>e.e.s. 400 oral tablet</i>	4	MO
<i>ery-tab oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg</i>	4	MO
<i>erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg</i>	4	MO
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	4	
<i>erythromycin oral</i>	4	MO
MISCELLANEOUS ANTIINFECTIVES		
<i>albendazole</i>	5	MO; 31D
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	4	PA; MO
ARIKAYCE	4	PA; LA; 31D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>atovaquone</i>	5	MO; 31D
<i>atovaquone-proguanil</i>	4	MO
<i>aztreonam</i>	4	PA; MO
CAYSTON	5	PA; MO; LA; 31D; QL (84 per 56 days)
<i>chloroquine phosphate</i>	4	MO
<i>clindamycin hcl</i>	2	MO
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	4	PA; MO
<i>clindamycin pediatric</i>	4	MO
<i>clindamycin phosphate injection</i>	4	PA; MO
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 600 mg/4 ml</i>	4	PA; MO
COARTEM	4	MO
<i>colistin (colistimethate na)</i>	4	PA; MO; QL (30 per 10 days)
<i>dapsone oral</i>	3	MO
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG	5	MO; 31D
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	5	MO; 31D
EMVERM	5	MO; 31D
<i>ertapenem</i>	4	PA; MO; QL (14 per 14 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>ethambutol</i>	3	MO
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/50 ml</i>	4	PA; MO
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 80 mg/100 ml</i>	4	PA
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	4	PA; MO
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	2	PA; MO
<i>imipenem-cilastatin</i>	4	PA; MO
<i>isoniazid oral solution</i>	4	MO
<i>isoniazid oral tablet</i>	2	MO
<i>ivermectin oral</i>	3	PA; MO; QL (20 per 30 days)
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	4	PA
<i>linezolid oral suspension for reconstitution</i>	5	MO; 31D
<i>linezolid oral tablet</i>	4	MO
<i>mefloquine</i>	2	MO
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram</i>	4	PA; MO; QL (30 per 10 days)
<i>meropenem intravenous recon soln 500 mg</i>	4	PA; MO; QL (10 per 10 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	4	PA; MO
<i>metronidazole oral tablet</i>	2	MO
<i>neomycin</i>	2	MO
<i>nitazoxanide</i>	5	MO; 31D
<i>paromomycin</i>	4	MO
PASER	3	MO
<i>pentamidine inhalation</i>	4	B/D PA; MO; QL (1 per 28 days)
<i>pentamidine injection</i>	4	MO
<i>praziquantel</i>	4	MO
PRIFTIN	3	MO
PRIMAQUINE	3	MO
<i>pyrazinamide</i>	4	MO
<i>pyrimethamine</i>	5	PA; MO; 31D
<i>quinine sulfate</i>	4	MO
<i>rifabutin</i>	4	MO
<i>rifampin intravenous</i>	4	MO
<i>rifampin oral</i>	3	MO
SIRTURO	5	PA; LA; 31D
STREPTOMYCIN	5	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>tigecycline</i>	5	PA; MO; 31D
<i>tinidazole</i>	3	MO
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	5	PA; MO; 31D; QL (280 per 28 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>tobramycin inhalation</i>	5	PA; MO; 31D; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution</i>	4	PA; MO
TRECTOR	4	MO
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg</i>	4	PA; MO; QL (20 per 10 days)
<i>vancomycin intravenous recon soln 10 gram</i>	4	PA; QL (2 per 10 days)
<i>vancomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	4	PA; MO; QL (10 per 10 days)
<i>vancomycin intravenous recon soln 750 mg</i>	4	PA; MO; QL (27 per 10 days)
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	4	PA; MO; QL (40 per 10 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	4	PA; MO; QL (80 per 10 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	5	MO; 31D; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	MO; 31D; QL (90 per 30 days)
PENICILLINS		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	2	MO
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution</i>	2	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>amoxicillin oral tablet</i>	2	MO
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	2	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution</i>	2	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	2	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr</i>	4	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable</i>	2	MO
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	MO
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	4	PA; MO
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 3 gram</i>	4	PA; MO
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 15 gram</i>	4	PA
BICILLIN C-R	3	PA; MO
BICILLIN L-A	4	PA; MO
<i>dicloxacillin</i>	2	MO
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	4	PA; MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	5	PA; 31D
<i>oxacillin in dextrose(iso-osm) intravenous piggyback 1 gram/50 ml</i>	4	PA
<i>oxacillin in dextrose(iso-osm) intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i>	4	PA; MO
<i>oxacillin injection recon soln 1 gram, 10 gram</i>	4	PA
<i>oxacillin injection recon soln 2 gram</i>	4	PA; MO
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i>	4	PA; MO
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml</i>	4	PA; MO
<i>penicillin g sodium</i>	4	PA; MO
<i>penicillin v potassium</i>	2	MO
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram</i>	4	MO
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 40.5 gram</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
QUINOLONES		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg</i>	4	MO
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	MO
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	4	PA; MO
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	4	PA; MO
<i>levofloxacin intravenous</i>	4	PA; MO
<i>levofloxacin oral solution</i>	4	MO
<i>levofloxacin oral tablet</i>	2	MO
<i>moxifloxacin oral</i>	3	MO
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	4	PA; MO
SULFA'S / RELATED AGENTS		
<i>sulfadiazine</i>	4	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i>	3	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	1	MO
TETRACYCLINES		
<i>doxy-100</i>	4	PA; MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	2	MO
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution</i>	4	MO
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	MO
<i>minocycline oral capsule</i>	2	MO
<i>minocycline oral tablet</i>	4	MO
<i>tetracycline</i>	4	MO
URINARY TRACT AGENTS		
<i>methenamine hippurate</i>	3	MO
<i>nitrofurantoin</i>	4	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	3	MO
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	3	MO
<i>trimethoprim</i>	2	MO

ANTINEOPLASTIC / IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
ADJUNCTIVE AGENTS		
<i>leucovorin calcium oral</i>	3	MO
MESNEX ORAL	5	MO; 31D
XGEVA	5	B/D PA; MO; 31D
ANTINEOPLASTIC / IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i>	4	PA; MO; 31D; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i>	4	PA; MO; 31D; QL (60 per 30 days)
ALECENSA	5	PA; MO; 31D; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA; 31D; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA; 31D; QL (60 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK	5	PA; 31D; QL (30 per 180 days)
<i>anastrozole</i>	2	MO
AYVAKIT	5	PA; LA; 31D; QL (30 per 30 days)
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	2	B/D PA; MO
BALVERSA	5	PA; LA; 31D
<i>bexarotene</i>	5	PA; MO; 31D
<i>bicalutamide</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA; MO; 31D; QL (90 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA; MO; LA; 31D; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA	5	PA; LA; 31D
CABOMETYX	5	PA; MO; LA; 31D; QL (30 per 30 days)
CALQUENCE	5	PA; LA; 31D; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; LA; 31D; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5	PA; LA; 31D; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	5	PA; MO; 31D; QL (56 per 28 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA; MO; 31D; QL (112 per 28 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA; MO; 31D; QL (84 per 28 days)
COPIKTRA	5	PA; LA; 31D; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
COTELLIC	5	PA; MO; LA; 31D; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	3	B/D PA; MO
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET	3	B/D PA; MO
<i>cyclosporine modified oral capsule</i>	4	B/D PA; MO
<i>cyclosporine modified oral solution</i>	4	B/D PA
<i>cyclosporine oral capsule</i>	4	B/D PA; MO
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA; MO; 31D; QL (60 per 30 days)
DROXIA	3	MO
EMCYT	5	MO; 31D
ERIVEDGE	5	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)
ERLEADA	5	PA; MO; 31D; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	5	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	5	PA; MO; 31D; QL (60 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet</i>	5	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg</i>	5	PA; MO; 31D; QL (330 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg</i>	5	PA; MO; 31D; QL (240 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg</i>	5	PA; MO; 31D; QL (180 per 30 days)
<i>everolimus (immunosuppressive)</i>	5	B/D PA; MO; 31D
<i>exemestane</i>	4	MO
EXKIVITY	5	PA; LA; 31D; QL (120 per 30 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	5	B/D PA; MO; 31D
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	4	B/D PA; MO
FOTIVDA	5	PA; LA; 31D; QL (21 per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
GAVRETO	5	PA; MO; LA; 31D; QL (120 per 30 days)
<i>gengraf</i>	4	B/D PA; MO
GILOTRIF	5	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)
<i>hydroxyurea</i>	2	MO
IBRANCE	5	PA; MO; 31D; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG	5	PA; 31D; QL (30 per 30 days)
IDHIFA	5	PA; MO; LA; 31D; QL (30 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	5	PA; MO; 31D; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	5	PA; MO; 31D; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA; 31D; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA; 31D; QL (30 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 280 MG, 420 MG, 560 MG	5	PA; 31D; QL (30 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA; MO; 31D; QL (180 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA; MO; 31D; QL (120 per 30 days)
INQOVI	5	PA; MO; 31D; QL (5 per 28 days)
INREBIC	5	PA; MO; LA; 31D; QL (120 per 30 days)
IRESSA	5	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)
JAKAFI	5	PA; MO; 31D; QL (60 per 30 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA; MO; 31D; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA; MO; 31D; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA; MO; 31D; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA; MO; 31D; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA; MO; 31D; QL (42 per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA; MO; 31D; QL (63 per 28 days)
<i>lapatinib</i>	5	PA; MO; 31D; QL (180 per 30 days)
<i>lenalidomide</i>	5	PA; MO; LA; 31D; QL (28 per 28 days)
LENVIMA	5	PA; MO; 31D
<i>letrozole</i>	2	MO
LEUKERAN	5	MO; 31D
<i>leuprolide subcutaneous kit</i>	5	PA; MO; 31D
LONSURF	5	PA; MO; 31D
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; MO; 31D; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS	5	PA; MO; 31D
LUPRON DEPOT	5	PA; MO; 31D
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	5	PA; MO; 31D
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	5	PA; MO; 31D
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	5	PA; MO; 31D
LYNPARZA	5	PA; MO; 31D; QL (120 per 30 days)
LYSODREN	5	
MATULANE	5	31D

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	3	PA; MO
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	4	PA; MO
<i>megestrol oral tablet</i>	3	PA; MO
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA; MO; 31D; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI	5	PA; MO; LA; 31D; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine</i>	3	MO
<i>methotrexate sodium</i>	2	B/D PA; MO
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution</i>	2	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	3	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution</i>	5	B/D PA; MO; 31D
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	3	B/D PA; MO
<i>mycophenolate sodium</i>	4	B/D PA; MO
NERLYNX	5	PA; MO; LA; 31D
<i>nilutamide</i>	5	PA; MO; 31D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
NINLARO	5	PA; MO; 31D; QL (3 per 28 days)
NUBEQA	5	PA; MO; LA; 31D; QL (120 per 30 days)
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	5	PA; MO; 31D
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	4	PA; MO
ODOMZO	5	PA; MO; LA; 31D; QL (30 per 30 days)
ONUREG	4	PA; MO; 31D; QL (14 per 28 days)
ORGOVYX	5	PA; LA; 31D; QL (30 per 28 days)
PEMAZYRE	5	PA; LA; 31D; QL (14 per 21 days)
PIQRAY	5	PA; MO; 31D
POMALYST	5	PA; MO; LA; 31D
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET	4	B/D PA; MO
PURIXAN	5	31D
QINLOCK	5	PA; LA; 31D; QL (90 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; MO; LA; 31D; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA; MO; LA; 31D; QL (120 per 30 days)
REVLIMID	5	PA; MO; LA; 31D; QL (28 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; MO; 31D; QL (150 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA; MO; 31D; QL (90 per 30 days)
RUBRACA	5	PA; MO; LA; 31D; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE	5	PA; MO; 31D
RYDAPT	5	PA; MO; 31D
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION	4	B/D PA; MO
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA; MO; 31D; QL (600 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA; MO; 31D; QL (300 per 30 days)
SIGNIFOR	5	PA; 31D
<i>sirolimus oral solution</i>	5	B/D PA; MO; 31D
<i>sirolimus oral tablet</i>	4	B/D PA; MO
SOLTAMOX	5	MO; 31D
SOMATULINE DEPOT	5	PA; MO; 31D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>sorafenib</i>	5	PA; MO; 31D; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	5	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG, 70 MG	5	PA; MO; 31D; QL (60 per 30 days)
STIVARGA	5	PA; MO; 31D; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib</i>	5	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)
SYNRIBO	5	B/D PA; 31D
TABLOID	4	MO
TABRECTA	5	PA; MO; 31D
<i>tacrolimus oral</i>	4	B/D PA; MO
TAFINLAR	5	PA; MO; 31D; QL (120 per 30 days)
TAGRISSO	5	PA; MO; LA; 31D; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	5	PA; MO; 31D; QL (90 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen</i>	2	MO
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA; MO; 31D; QL (112 per 28 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; MO; 31D; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK	5	PA; LA; 31D
TEPMETKO	5	PA; LA; 31D
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	5	PA; MO; 31D; QL (28 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA; MO; 31D; QL (56 per 28 days)
TIBSOVO	5	PA; 31D
<i>toremifene</i>	5	MO; 31D
TRAZIMERA	5	B/D PA; MO; 31D
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	5	B/D PA; MO; 31D
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	5	MO; 31D
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1)	5	PA; LA; 31D; QL (21 per 28 days)
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2)	5	PA; LA; 31D; QL (42 per 28 days)
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 75 MG/DAY (25 MG X 3)	5	PA; LA; 31D; QL (63 per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; LA; 31D; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; LA; 31D; QL (300 per 30 days)
TURALIO	5	PA; LA; 31D; QL (120 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	4	PA; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; LA; 31D; QL (120 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; LA; 31D; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA; LA; 31D; QL (42 per 180 days)
VERZENIO	5	PA; MO; LA; 31D; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; MO; LA; 31D; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA; MO; LA; 31D; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION	5	PA; MO; LA; 31D; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO	5	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
VONJO	5	PA; 31D; QL (120 per 30 days)
VOTRIENT	5	PA; MO; 31D; QL (120 per 30 days)
WELIREG	5	PA; LA; 31D
XALKORI	5	PA; MO; 31D; QL (60 per 30 days)
XATMEP	4	B/D PA; MO
XERMELO	5	PA; LA; 31D; QL (90 per 30 days)
XOSPATA	5	PA; LA; 31D
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	4	PA; LA; 31D
XTANDI ORAL CAPSULE	5	PA; MO; 31D; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA; MO; 31D; QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA; MO; 31D; QL (60 per 30 days)
YONSA	5	PA; MO; 31D; QL (120 per 30 days)
ZEJULA	5	PA; MO; LA; 31D; QL (90 per 30 days)
ZELBORAF	5	PA; MO; 31D; QL (240 per 30 days)
ZIRABEV	5	B/D PA; MO; 31D
ZOLINZA	5	PA; MO; 31D
ZYDELIG	5	PA; MO; 31D; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET	5	PA; MO; 31D; QL (90 per 30 days)

AUTONOMIC / CNS DRUGS, NEUROLOGY / PSYCH

ANTICONVULSANTS

APTIOM ORAL TABLET 200 MG	4	MO; 31D; QL (180 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 400 MG	4	MO; 31D; QL (90 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	4	MO; 31D; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS	4	QL (600 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
BRIVIACT ORAL SOLUTION	5	MO; 31D; QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET	5	MO; 31D; QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr</i>	4	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	4	MO
<i>carbamazepine oral tablet</i>	3	MO
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr</i>	4	MO
<i>carbamazepine oral tablet, chewable</i>	3	MO
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	4	MO
<i>clobazam oral suspension</i>	4	PA; MO; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet</i>	4	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	2	MO; QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	4	MO; QL (90 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	4	MO; QL (300 per 30 days)
DIACOMIT	5	PA; LA; 31D
<i>diazepam rectal</i>	4	MO
DILANTIN 30 MG	3	MO
<i>divalproex oral capsule, delayed release sprinkle</i>	2	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr</i>	2	MO
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	2	MO
EPIDIOLEX	4	PA; MO; LA; 31D
<i>epitol</i>	3	MO
EPRONTIA	4	PA; MO
<i>ethosuximide</i>	3	MO
<i>felbamate oral suspension</i>	5	MO; 31D
<i>felbamate oral tablet</i>	4	MO
FINTEPLA	5	PA; LA; 31D; QL (360 per 30 days)
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	5	MO; 31D; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	5	MO; 31D; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	MO; QL (60 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	5	MO; 31D; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg</i>	2	MO; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 300 mg</i>	2	MO; QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	3	MO; QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	2	MO; QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide oral solution</i>	5	MO; 31D; QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	3	MO; QL (120 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr</i>	4	MO
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible</i>	2	MO
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating</i>	4	MO
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	2	MO
<i>levetiracetam oral tablet</i>	2	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr</i>	3	MO
NAYZILAM	5	PA; MO; 31D; QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	4	MO
<i>oxcarbazepine oral tablet</i>	3	MO
<i>phenobarbital oral elixir</i>	4	PA; MO
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	3	PA
<i>phenobarbital oral tablet 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	3	PA; MO
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	2	MO
<i>phenytoin oral tablet, chewable</i>	3	MO
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	MO
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	MO; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution</i>	3	MO; QL (900 per 30 days)
<i>primidone</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>roweepra oral tablet 500 mg</i>	2	MO
<i>rufinamide oral suspension</i>	5	PA; MO; 31D
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	4	PA; MO; 31D
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	5	PA; MO; 31D
SPRITAM	4	MO
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	PA; MO; 31D; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine</i>	4	MO
<i>topiramate oral capsule, sprinkle</i>	2	PA; MO
<i>topiramate oral tablet</i>	2	PA; MO
<i>valproic acid</i>	2	MO
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	MO
VALTOCO	5	PA; MO; 31D; QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin</i>	5	MO; LA; 31D
<i>vigadrone</i>	5	LA; 31D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	5	MO; 31D; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG	5	MO; QL (120 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG	5	MO; QL (60 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG	5	MO; 31D; QL (60 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG	5	MO; QL (240 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	4	MO; QL (28 per 180 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	5	MO; QL (28 per 180 days)
zonisamide	2	PA; MO
ANTIPARKINSONISM AGENTS		
benztropine oral	2	PA; MO
bromocriptine	4	MO
carbidopa	4	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
carbidopa-levodopa oral tablet	2	MO
carbidopa-levodopa oral tablet extended release	2	MO
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating	4	MO
carbidopa-levodopa-entacapone	4	MO
entacapone	4	MO
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; MO; 31D; QL (150 per 30 days)
NEUPRO	4	MO
pramipexole oral tablet	2	MO
rasagiline	4	MO
ropinirole oral tablet	2	MO
selegiline hcl	3	MO
MIGRAINE / CLUSTER HEADACHE THERAPY		
dihydroergotamine nasal	5	31D; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN	3	PA; MO; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; MO; QL (2 per 30 days)
ergotamine-caffeine	3	MO
naratriptan	3	MO; QL (18 per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
NURTEC ODT	3	PA; QL (16 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet</i>	2	MO; QL (36 per 28 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating</i>	3	MO; QL (36 per 28 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation</i>	4	MO; QL (18 per 28 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 5 mg/actuation</i>	4	MO; QL (36 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate oral</i>	2	MO; QL (18 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge</i>	4	MO; QL (8 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector</i>	4	MO; QL (8 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	4	MO; QL (8 per 28 days)
MISCELLANEOUS NEUROLOGICAL THERAPY		
AUBAGIO	5	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)
<i>dalfampridine</i>	3	PA; MO; 31D; QL (60 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	5	PA; MO; 31D; QL (14 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	5	PA; MO; 31D; QL (120 per 180 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	5	PA; MO; 31D; QL (60 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	MO
<i>donepezil oral tablet,disintegrating</i>	2	MO
FIRDAPSE	5	PA; LA; 31D
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr</i>	3	MO
<i>galantamine oral solution</i>	4	MO
<i>galantamine oral tablet</i>	3	MO
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG	5	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; 31D; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; 31D; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; MO; 31D; QL (12 per 28 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr</i>	4	PA; MO
<i>memantine oral solution</i>	4	PA; MO
<i>memantine oral tablet</i>	3	PA; MO
NAMZARIC	3	PA; MO
NUEDEXTA	5	PA; MO; 31D
<i>rivastigmine</i>	4	MO
<i>rivastigmine tartrate</i>	3	MO
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	5	PA; MO; 31D; QL (240 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	5	PA; MO; 31D; QL (120 per 30 days)
MUSCLE RELAXANTS / ANTISPASMODIC THERAPY		
<i>baclofen oral tablet</i>	2	MO
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	PA; MO
<i>dantrolene oral</i>	4	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	3	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release</i>	3	MO
<i>tizanidine oral tablet</i>	2	MO
NARCOTIC ANALGESICS		

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	3	MO; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	3	MO; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	3	MO; QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl sublingual</i>	2	MO
<i>endocet oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	MO; QL (360 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; MO; 31D; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	4	PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	4	PA; MO; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	3	MO; QL (5550 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	3	MO; QL (390 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	3	MO; QL (360 per 30 days)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	3	MO; QL (50 per 30 days)
hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml	4	QL (240 per 30 days)
hydromorphone oral liquid	4	MO; QL (2400 per 30 days)
hydromorphone oral tablet	3	MO; QL (180 per 30 days)
hydromorphone oral tablet extended release 24 hr	4	PA; MO; QL (60 per 30 days)
methadone oral solution 10 mg/5 ml	3	PA; MO; QL (600 per 30 days)
methadone oral solution 5 mg/5 ml	3	PA; MO; QL (1200 per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg	3	PA; MO; QL (120 per 30 days)
methadone oral tablet 5 mg	3	PA; MO; QL (240 per 30 days)
morphine concentrate oral solution	3	MO; QL (900 per 30 days)
morphine oral solution	3	MO; QL (900 per 30 days)
morphine oral tablet	3	MO; QL (180 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
morphine oral tablet extended release	3	PA; MO; QL (120 per 30 days)
oxycodone oral capsule	3	MO; QL (360 per 30 days)
oxycodone oral concentrate	4	MO; QL (180 per 30 days)
oxycodone oral solution	3	MO; QL (1200 per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg	3	MO; QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 5 mg	3	MO; QL (360 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	3	MO; QL (360 per 30 days)

NON-NARCOTIC ANALGESICS

buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg	3	MO; QL (60 per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg	3	MO; QL (360 per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual film 4-1 mg, 8-2 mg	3	MO; QL (90 per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg	2	MO; QL (360 per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 8-2 mg	2	MO; QL (90 per 30 days)
butorphanol nasal	4	MO; QL (10 per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>celecoxib</i>	3	MO
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	MO
<i>diclofenac sodium oral</i>	2	MO
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	3	MO; QL (1000 per 28 days)
<i>diflunisal</i>	3	MO
<i>etodolac oral capsule</i>	3	MO
<i>etodolac oral tablet</i>	3	MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	MO
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral suspension</i>	2	MO
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>meloxicam oral tablet 15 mg</i>	1	MO
<i>meloxicam oral tablet 7.5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>nabumetone</i>	2	MO
<i>naloxone injection solution</i>	2	MO
<i>naloxone injection syringe</i>	2	MO
<i>naloxone nasal</i>	2	MO
<i>naltrexone</i>	2	MO
<i>naproxen oral tablet</i>	1	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg</i>	2	MO
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	2	
<i>oxaprozin</i>	4	MO
<i>piroxicam</i>	3	MO
<i>sulindac</i>	2	MO
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	2	MO; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen</i>	2	MO; QL (240 per 30 days)
VIVITROL	5	MO; 31D
PSYCHOTHERAPEUTIC DRUGS		
ABILIFY MAINTENA	5	MO; 31D; QL (1 per 28 days)
<i>amitriptyline</i>	2	MO
<i>amoxapine</i>	3	MO
<i>aripiprazole oral solution</i>	4	MO
<i>aripiprazole oral tablet</i>	3	MO; QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating</i>	5	MO; 31D; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO	5	MO; 31D; QL (4.8 per 365 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	MO; 31D; QL (3.9 per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	MO; 31D; QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	MO; 31D; QL (2.4 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	MO; 31D; QL (3.2 per 28 days)
<i>armodafinil</i>	4	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>asenapine maleate</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	MO; QL (30 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>bupropion hcl oral tablet</i>	2	MO
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>buspirone</i>	2	MO
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG	4	MO; 31D; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine oral concentrate</i>	4	MO; 31D
<i>chlorpromazine oral tablet</i>	4	MO
<i>citalopram oral solution</i>	3	MO
<i>citalopram oral tablet</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine</i>	4	MO
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr</i>	4	MO
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	4	PA; MO; QL (180 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	4	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	4	PA; MO; QL (360 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>clozapine oral tablet</i>	3	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating</i>	4	
<i>desipramine</i>	4	MO
<i>desvenlafaxine succinate</i>	4	MO; QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr</i>	4	MO
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet</i>	3	MO
<i>diazepam intensol</i>	2	PA; MO; QL (240 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	PA; MO; QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet</i>	2	PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule</i>	4	MO
<i>doxepin oral concentrate</i>	4	MO
<i>doxepin oral tablet</i>	3	MO; QL (30 per 30 days)
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	MO; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	MO; QL (90 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
EMSAM	5	MO; 31D
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	4	MO
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	4	MO; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG	4	MO; 31D; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK	4	MO; QL (8 per 180 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK	4	MO; QL (28 per 180 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR	4	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 20 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluoxetine oral solution</i>	2	MO
<i>fluphenazine decanoate</i>	4	MO
<i>fluphenazine hcl</i>	4	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
fluvoxamine oral tablet 100 mg	3	MO; QL (90 per 30 days)
fluvoxamine oral tablet 25 mg	3	MO; QL (30 per 30 days)
fluvoxamine oral tablet 50 mg	3	MO; QL (60 per 30 days)
haloperidol	2	MO
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml)	4	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	4	MO
haloperidol lactate injection	4	MO
haloperidol lactate oral	2	MO
HETLIOZ	5	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)
imipramine hcl	4	MO
imipramine pamoate	4	MO
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	MO; 31D; QL (3.5 per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	MO; 31D; QL (5 per 180 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	MO; 31D; QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	MO; 31D; QL (1 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	MO; 31D; QL (1.5 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	MO; QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	MO; 31D; QL (0.5 per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	MO; 31D; QL (0.88 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	MO; 31D; QL (1.32 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	MO; 31D; QL (1.75 per 90 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	MO; 31D; QL (2.63 per 90 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	4	MO; 31D; QL (30 per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	4	MO; 31D; QL (60 per 30 days)
<i>lithium carbonate</i>	2	MO
<i>lorazepam intensol</i>	2	PA; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	2	PA; MO; QL (150 per 30 days)
<i>loxapine succinate</i>	2	MO
MARPLAN	4	MO
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50</i>	4	MO
<i>methylphenidate hcl oral solution</i>	4	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i>	3	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release</i>	4	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet,chewable</i>	4	MO
<i>mirtazapine oral tablet</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating</i>	3	MO
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	3	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	3	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>molindone</i>	4	MO
<i>nefazodone</i>	4	MO
<i>nortriptyline oral capsule</i>	2	MO
<i>nortriptyline oral solution</i>	4	MO
NUPLAZID	4	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular</i>	4	MO
<i>olanzapine oral tablet</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating</i>	4	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	4	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral suspension</i>	4	MO
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine</i>	4	MO
PERSERIS	5	MO; 31D; QL (1 per 30 days)
<i>phenelzine</i>	3	MO
<i>pimozide</i>	4	MO
<i>protriptyline</i>	4	MO
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg</i>	4	MO; QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ramelteon</i>	3	MO; QL (30 per 30 days)
REXULTI	4	MO; 31D; QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	3	MO; QL (2 per 28 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	5	MO; 31D; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution</i>	2	MO
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 4 mg</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
SECUADO	5	MO; 31D; QL (30 per 30 days)
<i>sertraline oral concentrate</i>	4	MO
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>sertraline oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine</i>	3	MO
<i>thiothixene</i>	4	MO
<i>tranylcypromine</i>	4	MO
<i>trazodone</i>	1	MO
<i>trifluoperazine</i>	3	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>trimipramine</i>	4	MO
TRINTELLIX	3	MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 75 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
VERSACLOZ	5	31D
VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)-20 MG (23)	3	MO; QL (30 per 180 days)
<i>vilazodone</i>	3	MO; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE	4	MO; 31D; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK	4	MO; QL (7 per 180 days)
XYREM	5	PA; LA; 31D; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	4	MO; QL (30 per 30 days)
<i>ziprasidone hcl</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i>	4	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>zolpidem oral tablet</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	3	MO; QL (2 per 28 days)
CARDIOVASCULAR, HYPERTENSION / LIPIDS		
ANTIARRHYTHMIC AGENTS		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	4	
<i>amiodarone oral tablet 200 mg</i>	2	MO
<i>dofetilide</i>	4	MO
<i>flecainide</i>	3	MO
<i>mexiletine</i>	3	MO
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	4	MO
<i>pacerone oral tablet 200 mg</i>	2	MO
<i>propafenone oral capsule,extended release 12 hr</i>	4	MO
<i>propafenone oral tablet</i>	3	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	2	MO
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	2	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>sorine oral tablet 240 mg</i>	2	
<i>sotalol af</i>	2	
<i>sotalol oral</i>	2	MO
ANTIHYPERTENSIVE THERAPY		
<i>acebutolol</i>	2	MO
<i>aliskiren</i>	4	MO
<i>amiloride</i>	2	MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>amlodipine</i>	1	MO
<i>amlodipine-benazepril</i>	1	MO
<i>amlodipine-olmesartan</i>	2	MO
<i>amlodipine-valsartan</i>	1	MO
<i>atenolol</i>	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	2	MO
<i>benazepril</i>	1	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>betaxolol oral</i>	3	MO
<i>bisoprolol fumarate</i>	2	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>bumetanide injection</i>	4	MO
<i>bumetanide oral</i>	2	MO
<i>candesartan</i>	2	MO
<i>candesartan-hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>captopril</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>cartia xt</i>	2	MO
<i>carvedilol</i>	1	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>clonidine</i>	4	MO; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	MO
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>doxazosin oral tablet 8 mg</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>enalapril maleate oral tablet</i>	1	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>eplerenone</i>	3	MO
<i>felodipine</i>	2	MO
<i>fosinopril</i>	1	MO
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>furosemide injection</i>	4	MO
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	MO
<i>furosemide oral tablet</i>	1	MO
<i>hydralazine oral</i>	2	MO
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>indapamide</i>	1	MO
<i>irbesartan</i>	1	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
KERENDIA	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>labetalol oral</i>	2	MO
<i>lisinopril</i>	1	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>losartan</i>	1	MO
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>matzim la</i>	2	MO
<i>metolazone</i>	3	MO
<i>metoprolol succinate</i>	1	MO
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>metoprolol tartrate oral</i>	1	MO
<i>metyrosine</i>	5	PA; MO; 31D
<i>minoxidil oral</i>	2	MO
<i>moexipril</i>	1	MO
<i>nadolol</i>	4	MO
<i>nebivolol</i>	2	
<i>nicardipine oral</i>	4	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release</i>	2	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr</i>	2	MO
<i>nimodipine</i>	4	MO
<i>olmesartan</i>	1	MO
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid</i>	2	MO
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>perindopril erbumine</i>	1	MO
<i>pindolol</i>	3	MO
<i>prazosin</i>	2	MO
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr</i>	2	MO
<i>propranolol oral solution</i>	2	MO
<i>propranolol oral tablet</i>	1	MO
<i>quinapril</i>	1	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>ramipril</i>	1	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>spironolactone</i>	1	MO
<i>spironolactone-hydrochlorothiaz</i>	2	MO
<i>taztia xt</i>	2	MO
<i>telmisartan</i>	2	MO
<i>telmisartan-amlodipine</i>	2	MO
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	2	MO
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>terazosin oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>tiadylt er</i>	2	MO
<i>timolol maleate oral</i>	4	MO
<i>torseamide oral</i>	2	MO
<i>trandolapril</i>	1	MO
<i>treprostinil sodium</i>	5	PA; MO; 31D
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	MO
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet</i>	1	MO
UPTRAVI ORAL	5	PA; MO; LA; 31D
<i>valsartan oral tablet</i>	1	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr</i>	2	MO
<i>verapamil oral tablet</i>	1	MO
<i>verapamil oral tablet extended release</i>	2	MO
COAGULATION THERAPY		
<i>aspirin-dipyridamole</i>	4	MO
BRILINTA	3	MO
CABLIVI INJECTION KIT	5	PA; LA; 31D
<i>cilostazol</i>	2	MO
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>dipyridamole oral</i>	4	MO
DOPTLET (10 TAB PACK)	5	PA; MO; LA; 31D
DOPTLET (15 TAB PACK)	5	PA; MO; LA; 31D
DOPTLET (30 TAB PACK)	5	PA; MO; LA; 31D
ELIQUIS	3	MO
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	3	MO
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	4	MO; QL (28 per 28 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	4	MO; QL (22.4 per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml</i>	4	MO; QL (16.8 per 28 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	4	MO; QL (11.2 per 28 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	5	MO; 31D
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	4	MO
<i>heparin (porcine) injection solution</i>	3	MO
<i>jantoven</i>	1	MO
<i>pentoxifylline</i>	2	MO
<i>prasugrel</i>	3	MO
PROMACTA	5	PA; MO; LA; 31D
<i>warfarin</i>	1	MO
XARELTO	3	MO
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	3	MO
LIPID/CHOLESTEROL LOWERING AGENTS		
<i>atorvastatin</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet</i>	3	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>cholestyramine light oral powder in packet</i>	3	MO
<i>colesevelam</i>	4	MO
<i>colestipol oral packet</i>	4	MO
<i>colestipol oral tablet</i>	4	MO
<i>ezetimibe</i>	3	MO
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	2	MO
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	2	MO
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	2	MO
<i>fenofibric acid (choline)</i>	4	MO
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluvastatin oral capsule 40 mg</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>gemfibrozil</i>	1	MO
<i>icosapent ethyl</i>	2	MO
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG	5	PA; MO; LA; 31D
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	2	MO
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr</i>	4	MO
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	2	MO
<i>pravastatin</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet</i>	3	MO
REPATHA	3	PA; QL (3 per 28 days)
REPATHA PUSHTRONEX	3	PA; QL (3.5 per 28 days)
REPATHA SURECLICK	3	PA; QL (3 per 28 days)
<i>rosuvastatin</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM	3	MO
MISCELLANEOUS CARDIOVASCULAR AGENTS		
CORLANOR ORAL SOLUTION	3	QL (450 per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>digitek</i>	2	MO
<i>digox</i>	2	MO
<i>digoxin oral solution</i>	3	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	2	MO
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	3	MO
ENTRESTO	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine</i>	4	MO
VECAMEYL	5	31D
VYNDAMAX	4	PA; MO; 31D
NITRATES		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	2	MO
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	MO
<i>nitro-bid</i>	3	MO
<i>nitroglycerin sublingual</i>	2	MO
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	2	MO
<i>nitroglycerin translingual</i>	4	MO
DERMATOLOGICALS/TOPICAL THERAPY		
ANTIPSORIATIC / ANTISEBORRHEIC		
<i>acitretin</i>	4	MO
<i>calcipotriene scalp</i>	3	MO; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>calcipotriene topical ointment</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>selenium sulfide topical lotion</i>	2	MO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	5	PA; MO; 31D; QL (2 per 28 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; MO; 31D; QL (2 per 28 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	5	PA; MO; 31D; QL (2 per 28 days)
STELARA INTRAVENOUS	5	PA; MO; 31D; QL (104 per 180 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; MO; 31D; QL (0.5 per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	5	PA; MO; 31D; QL (0.5 per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; MO; 31D; QL (1 per 28 days)
TALTZ AUTOINJECTOR	5	PA; MO; 31D; QL (1 per 28 days)
TALTZ SYRINGE	5	PA; MO; 31D; QL (1 per 28 days)
MISCELLANEOUS DERMATOLOGICALS		
<i>ammonium lactate</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	5	PA; MO; 31D; QL (4.56 per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5	PA; MO; 31D; QL (8 per 28 days)
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5	PA; MO; 31D; QL (1.34 per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	5	PA; MO; 31D; QL (4.56 per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	5	PA; MO; 31D; QL (8 per 28 days)
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	3	MO
<i>fluorouracil topical solution</i>	3	MO
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	3	MO
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	3	MO
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	4	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment</i>	4	MO; QL (36 per 30 days)
<i>lidocaine viscous</i>	2	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i>	3	MO; QL (30 per 30 days)
<i>methoxsalen</i>	5	MO; 31D
PANRETIN	5	PA; MO; 31D
<i>pimecrolimus</i>	4	PA; MO; QL (100 per 30 days)
<i>podofilox</i>	3	MO
REGRANEX	5	MO; 31D
SANTYL	3	MO; QL (180 per 30 days)
<i>silver sulfadiazine</i>	2	MO
<i>ssd</i>	2	MO
<i>tacrolimus topical</i>	4	PA; MO; QL (100 per 30 days)
VALCHLOR	5	PA; MO; 31D
THERAPY FOR ACNE		
<i>accutane</i>	4	
<i>amnestem</i>	4	
<i>avita topical cream</i>	4	PA; MO
<i>claravis</i>	4	
<i>clindamycin phosphate topical gel</i>	3	MO; QL (120 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical lotion</i>	3	MO; QL (120 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical solution</i>	3	MO; QL (120 per 30 days)
<i>ery pads</i>	3	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>erythromycin with ethanol topical solution</i>	2	MO
<i>isotretinoin</i>	4	
<i>ivermectin topical cream</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream</i>	4	MO
<i>metronidazole topical gel</i>	4	MO
<i>metronidazole topical lotion</i>	4	MO
<i>myorisan</i>	4	
<i>tazarotene topical cream</i>	4	PA; MO
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	4	PA; MO
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	3	PA; MO
<i>zenatane</i>	4	
TOPICAL ANTIBACTERIALS		
<i>gentamicin topical cream</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment</i>	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>mupirocin</i>	2	MO; QL (44 per 30 days)
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	4	MO
TOPICAL ANTIFUNGALS		
<i>ciclopirox topical cream</i>	2	MO; QL (90 per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>ciclopirox topical gel</i>	3	MO; QL (45 per 28 days)
<i>ciclopirox topical shampoo</i>	3	MO; QL (120 per 28 days)
<i>ciclopirox topical solution</i>	2	MO; QL (6.6 per 28 days)
<i>ciclopirox topical suspension</i>	3	MO; QL (60 per 28 days)
<i>clotrimazole topical cream</i>	2	MO; QL (45 per 28 days)
<i>clotrimazole topical solution</i>	2	MO; QL (30 per 28 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream</i>	3	MO; QL (45 per 28 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion</i>	4	MO; QL (60 per 28 days)
<i>econazole</i>	4	MO; QL (85 per 28 days)
<i>ketconazole topical cream</i>	2	MO; QL (60 per 28 days)
<i>ketconazole topical shampoo</i>	2	MO; QL (120 per 28 days)
<i>nyamyc</i>	3	MO; QL (180 per 30 days)
<i>nystatin topical cream</i>	2	MO; QL (30 per 28 days)
<i>nystatin topical ointment</i>	2	MO; QL (30 per 28 days)
<i>nystatin topical powder</i>	3	QL (180 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone</i>	3	MO; QL (60 per 28 days)
<i>nystop</i>	3	MO; QL (180 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
TOPICAL ANTIVIRALS		
<i>acyclovir topical ointment</i>	4	PA; MO; QL (30 per 30 days)
DENAVIR	4	MO; QL (5 per 30 days)
TOPICAL CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	2	MO
<i>ala-cort topical cream 2.5 %</i>	2	
<i>alclometasone</i>	3	MO
<i>betamethasone dipropionate</i>	3	MO
<i>betamethasone valerate topical cream</i>	3	MO
<i>betamethasone valerate topical lotion</i>	3	MO
<i>betamethasone valerate topical ointment</i>	3	MO
<i>betamethasone, augmented topical cream</i>	2	MO
<i>betamethasone, augmented topical gel</i>	3	MO
<i>betamethasone, augmented topical lotion</i>	4	MO
<i>betamethasone, augmented topical ointment</i>	4	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>clobetasol scalp</i>	4	MO; QL (100 per 28 days)
<i>clobetasol topical cream</i>	4	MO; QL (120 per 28 days)
<i>clobetasol topical foam</i>	4	MO; QL (100 per 28 days)
<i>clobetasol topical gel</i>	4	MO; QL (120 per 28 days)
<i>clobetasol topical lotion</i>	4	MO; QL (118 per 28 days)
<i>clobetasol topical ointment</i>	4	MO; QL (120 per 28 days)
<i>clobetasol topical shampoo</i>	4	MO; QL (236 per 28 days)
<i>clobetasol-emollient topical cream</i>	4	MO; QL (120 per 28 days)
<i>clodan</i>	4	MO; QL (236 per 28 days)
<i>desonide</i>	4	MO
<i>desrx</i>	4	MO
<i>fluocinolone and shower cap</i>	4	MO
<i>fluocinolone topical cream</i>	4	MO
<i>fluocinolone topical ointment</i>	4	MO
<i>fluocinolone topical solution</i>	4	MO
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide topical gel</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide topical ointment</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>fluocinonide topical solution</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide-emollient</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>halobetasol propionate topical cream</i>	4	MO
<i>halobetasol propionate topical ointment</i>	4	MO
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i>	2	MO
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	MO
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	2	MO
<i>mometasone topical</i>	2	MO
<i>prednicarbate topical ointment</i>	4	MO
<i>triamcinolone acetonide topical cream</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide topical lotion</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	MO
<i>triderm topical cream</i>	2	MO
TOPICAL SCABICIDES / PEDICULICIDES		
<i>crotan</i>	2	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>lindane topical shampoo</i>	4	MO
<i>malathion</i>	4	MO
<i>permethrin</i>	3	MO
DIAGNOSTICS / MISCELLANEOUS AGENTS		
MISCELLANEOUS AGENTS		
<i>acamprosate</i>	4	MO
<i>anagrelide</i>	3	MO
<i>carglumic acid</i>	5	PA; 31D
CHEMET	3	PA
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	4	B/D PA
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	4	MO
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	4	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	4	MO
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	4	MO
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	5	PA; MO; 31D
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	4	PA; MO; 31D
<i>deferiprone</i>	5	PA; MO; 31D
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	4	
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	4	

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback</i>	4	MO
<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i>	4	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg</i>	3	MO
<i>disulfiram oral tablet 500 mg</i>	3	
<i>droxidopa</i>	5	PA; MO; 31D
INCRELEX	5	MO; LA; 31D
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	4	MO
<i>levocarnitine oral tablet</i>	4	MO
LOKELMA	3	MO
<i>midodrine</i>	3	MO
<i>nitisinone</i>	5	PA; MO; 31D
<i>pilocarpine hcl oral</i>	4	MO
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN	5	PA; LA; 31D
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA; 31D
RAVICTI	5	PA; MO; 31D
REVCovi	5	PA; LA; 31D
<i>riluzole</i>	3	PA; MO
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	4	MO; QL (270 per 30 days)
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	4	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>sodium chloride irrigation</i>	4	MO
<i>sodium phenylbutyrate oral powder</i>	5	PA; MO; 31D
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet</i>	5	PA; 31D
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	3	MO
<i>sps (with sorbitol) oral</i>	3	MO
<i>trientine</i>	5	PA; MO; 31D
SMOKING DETERRENTS		
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	2	MO
NICOTROL	4	MO
NICOTROL NS	4	MO
<i>varenicline</i>	4	MO
EAR, NOSE / THROAT MEDICATIONS		
MISCELLANEOUS AGENTS		
<i>azelastine nasal</i>	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane</i>	2	MO
<i>ipratropium bromide nasal</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>periogard</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide dental</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
MISCELLANEOUS OTIC PREPARATIONS		
<i>acetic acid otic (ear)</i>	2	MO
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear)</i>	4	MO
<i>flac otic oil</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	4	MO
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	4	MO
<i>ofloxacin otic (ear)</i>	3	MO
OTIC STEROID / ANTIBIOTIC		
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	3	MO
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear)</i>	3	MO
ENDOCRINE/DIABETES		
ADRENAL HORMONES		
<i>dexamethasone oral solution</i>	2	MO
<i>dexamethasone oral tablet</i>	2	MO
<i>fludrocortisone</i>	2	MO
<i>hydrocortisone oral</i>	2	MO
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	2	B/D PA; MO
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack</i>	2	MO
<i>prednisolone oral solution</i>	3	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	3	MO
<i>prednisone</i>	2	MO
<i>prednisone intensol</i>	4	MO
ANTITHYROID AGENTS		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>propylthiouracil</i>	3	MO
DIABETES THERAPY		
<i>acarbose oral tablet 100 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>acarbose oral tablet 25 mg</i>	2	MO; QL (360 per 30 days)
<i>acarbose oral tablet 50 mg</i>	2	MO; QL (180 per 30 days)
<i>alcohol pads</i>	3	
BYDUREON BCISE	3	PA; MO; QL (4 per 28 days)
BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MCG/DOSE(250 MCG/ML) 2.4 ML	3	PA; MO; QL (2.4 per 30 days)
BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML) 1.2 ML	3	PA; MO; QL (1.2 per 30 days)
<i>diazoxide</i>	4	MO
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	3	

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG	3	MO; QL (30 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 5 MG	3	MO; QL (60 per 30 days)
FREESTYLE INSULINX STRIP	3	MO
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS	3	MO
FREESTYLE LITE STRIPS	3	MO
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS	3	MO
FREESTYLE TEST	3	MO
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg	1	MO; QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	1	MO; QL (120 per 30 days)
GVOKE	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	MO
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	3	MO
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	3	MO
HUMALOG KWIKPEN INSULIN	3	MO
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100	3	MO
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	MO
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	MO
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN	3	MO
HUMALOG U-100 INSULIN	3	MO
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN	3	MO
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	3	MO
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	3	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN	3	MO
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN	3	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	3	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	3	MO
JANUMET	3	MO; QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	MO; QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	MO; QL (60 per 30 days)
JANUVIA	3	MO; QL (30 per 30 days)
JARDIANCE	3	MO; QL (30 per 30 days)
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 2.5-1,000 MG	3	MO; QL (60 per 30 days)
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	MO; QL (30 per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	3	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
LANTUS U-100 INSULIN	3	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	3	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	3	MO
LYUMJEV U-100 INSULIN	3	MO
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	MO; QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	MO; QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 60 mg</i>	2	MO; QL (180 per 30 days)
ONETOUCH ULTRA TEST	3	MO
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS	3	MO
ONGLYZA	3	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
PRECISION XTRA TEST	3	MO
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>	2	MO; QL (960 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i>	2	MO; QL (480 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	2	MO; QL (240 per 30 days)
SOLIQUA 100/33	3	MO; QL (90 per 30 days)
SYNJARDY	3	MO; QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	MO; QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 25-1,000 MG	3	MO; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	3	MO
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	3	MO
TRULICITY	3	PA; MO; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	3	MO; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5- 500 MG	3	MO; QL (60 per 30 days)
MISCELLANEOUS HORMONES		
<i>cabergoline</i>	3	MO
<i>calcitonin (salmon) nasal</i>	3	MO
<i>calcitriol oral capsule</i>	2	MO
<i>calcitriol oral solution</i>	4	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg</i>	4	PA; MO
<i>cinacalcet oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	4	PA; MO; 31D
<i>danazol</i>	4	MO
<i>desmopressin nasal spray with pump</i>	4	MO
<i>desmopressin oral</i>	3	MO
<i>doxercalciferol oral</i>	4	MO
KORLYM	5	PA; 31D
MYALEPT	5	PA; MO; LA; 31D
NATPARA	5	PA; MO; LA; 31D
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i>	4	PA; MO
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>	3	PA; MO
<i>paricalcitol oral</i>	4	MO
<i>sapropterin</i>	5	PA; MO; 31D

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
SOMAVERT	5	PA; MO; 31D
SYNAREL	5	PA; MO; 31D
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	3	PA; MO
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	3	PA
<i>testosterone enanthate</i>	3	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 10 mg/0.5 gram /actuation</i>	4	PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	4	PA; MO; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	4	PA; MO; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram)</i>	4	PA; MO; QL (37.5 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	4	PA; MO; QL (150 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
testosterone transdermal solution in metered pump w/app	4	PA; MO; QL (180 per 30 days)
tolvaptan	5	PA; MO; 31D

THYROID HORMONES

euthyrox	1	MO
levo-t	1	
levothyroxine oral tablet	1	MO
levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	MO
liothyronine oral	2	MO
unithroid	1	MO

GASTROENTEROLOGY

ANTIDIARRHEALS / ANTISPASMODICS

dicyclomine oral capsule	2	MO
dicyclomine oral solution	4	MO
dicyclomine oral tablet	2	MO
diphenoxylate-atropine oral liquid	4	MO
diphenoxylate-atropine oral tablet	3	MO
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	3	MO
glycopyrrolate oral tablet 1.5 mg	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
loperamide oral capsule	2	MO

MISCELLANEOUS GASTROINTESTINAL AGENTS

alosetron	5	PA; MO; 31D
aprepitant	4	B/D PA; MO
balsalazide	4	MO
betaine	5	MO; 31D
budesonide oral capsule, delayed, extended release	4	MO
budesonide oral tablet, delayed and extended release	5	31D
CHENODAL	5	PA; LA; 31D
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG	5	PA; 31D
CHOLBAM ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; 31D; QL (120 per 30 days)
compro	4	MO
constulose	2	MO
CORTIFOAM	3	MO
CREON	3	MO
cromolyn oral	4	MO
dronabinol	4	B/D PA; MO
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	4	B/D PA
enulose	2	MO
GATTEX 30-VIAL	5	PA; MO; 31D
gavilyte-c	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>gavilyte-g</i>	2	MO
<i>generlac</i>	2	MO
<i>granisetron hcl oral</i>	4	B/D PA; MO
<i>hydrocortisone rectal</i>	4	MO
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	2	MO
INFLECTRA	5	PA; MO; 31D; QL (20 per 28 days)
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	2	MO
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	2	MO
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets)</i>	4	MO
<i>mesalamine oral capsule,extended release 24hr</i>	4	MO
<i>mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec)</i>	4	MO
<i>mesalamine rectal</i>	4	MO
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	2	MO
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i>	1	MO
MOVANTI-K	3	MO; QL (30 per 30 days)
OICALIVA	4	PA; MO; LA; 31D; QL (30 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>ondansetron</i>	2	B/D PA; MO
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	4	B/D PA; MO
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	B/D PA; MO
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	2	MO
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i>	4	MO
<i>peg-electrolyte</i>	2	MO
PENTASA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 250 MG	4	MO
PENTASA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 500 MG	5	MO; 31D
<i>prochlorperazine</i>	4	MO
<i>prochlorperazine maleate oral</i>	2	MO
<i>procto-med hc</i>	2	MO
<i>procto-pak</i>	2	MO
<i>proctosol hc topical</i>	2	MO
<i>proctozone-hc</i>	2	MO
RECTIV	3	MO
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	MO; 31D; QL (18 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	5	MO; 31D; QL (18 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	5	MO; 31D; QL (12 per 30 days)
scopolamine base	4	MO
SUCRAID	5	PA; 31D
sulfasalazine	2	MO
TRULANCE	3	MO
ursodiol oral capsule 300 mg	3	MO
ursodiol oral tablet	3	MO
VARUBI	3	B/D PA
VIOKACE	3	MO
ULCER THERAPY		
esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg	3	MO; QL (30 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg	3	MO
famotidine oral suspension	4	MO
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	1	MO
lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg	3	MO; QL (30 per 30 days)
lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg	3	MO
misoprostol	3	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg	1	MO; QL (30 per 30 days)
omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg	1	MO
pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg	1	MO; QL (30 per 30 days)
pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg	1	MO
sucralfate oral suspension	4	MO
sucralfate oral tablet	2	MO
IMMUNOLOGY, VACCINES / BIOTECHNOLOGY		
BIOTECHNOLOGY DRUGS		
ACTIMMUNE	5	B/D PA; MO; 31D
ARCALYST	5	PA; MO; 31D
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT	5	PA; MO; 31D; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	5	PA; MO; 31D; QL (1 per 28 days)
BESREMI	5	PA; LA; 31D
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT	5	PA; MO; 31D; QL (14 per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
INTRON A INJECTION RECON SOLN	5	B/D PA; MO; 31D
LEUKINE INJECTION RECON SOLN	5	PA; MO; 31D
NIVESTYM	5	PA; MO; 31D
NYVEPRIA	5	PA; MO; 31D
OMNITROPE	5	PA; MO; 31D
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	MO; 31D; QL (4 per 28 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	MO; 31D; QL (2 per 28 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; MO
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	5	PA; MO; 31D
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
RETACRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML	3	PA; MO; 31D
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	5	PA; MO; 31D
VACCINES / MISCELLANEOUS IMMUNOLOGICALS		
ACTHIB (PF)	3	MO
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	3	MO
BCG VACCINE, LIVE (PF)	3	MO
BEXSERO	3	MO
BOOSTRIX TDAP	3	MO
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	3	MO
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	B/D PA; MO
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	3	B/D PA; MO
GARDASIL 9 (PF)	3	MO
HAVRIX (PF)	3	MO
HIBERIX (PF)	3	MO
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	3	
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	MO
IPOL	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
IXIARO (PF)	3	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	MO
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	MO
MENQUADFI (PF)	3	MO
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	3	MO
M-M-R II (PF)	3	MO
PEDIARIX (PF)	3	MO
PEDVAX HIB (PF)	3	
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	3	
PREHEVBRIO (PF)	3	B/D PA; MO
PRIVIGEN	5	PA; MO; 31D
PROQUAD (PF)	3	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
RABAVERT (PF)	3	MO
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML	3	B/D PA; MO
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML	3	B/D PA; MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5 MCG/0.5 ML	3	B/D PA
ROTARIX	3	
ROTATEQ VACCINE	3	MO
SHINGRIX (PF)	3	MO
TDVAX	3	MO
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	MO
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF)	3	MO
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	3	MO
TRUMENBA	3	MO
TWINRIX (PF)	3	MO
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	MO
VAQTA (PF)	3	MO
VARIVAX (PF)	3	
YF-VAX (PF)	3	
MISCELLANEOUS SUPPLIES		
MISCELLANEOUS SUPPLIES		
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	3	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	3	MO
BD INSULIN SYRINGE U-500	3	MO
BD INSULIN ULTRA-FINE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	3	MO
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	3	MO
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	3	MO
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	3	MO
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	3	MO
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	3	MO
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	3	MO
BD VEO INSULIN SYRINGE UF	3	MO
FREESTYLE FREEDOM	3	
FREESTYLE FREEDOM LITE	3	MO
FREESTYLE INSULINX	3	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	3	MO
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	3	MO
FREESTYLE LIBRE 2 READER	3	MO
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	3	MO
FREESTYLE LITE METER	3	MO
GAUZE PADS 2 X 2	3	
INSULIN PEN NEEDLE	3	MO
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML, 1/2 ML	3	
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML	3	MO
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	3	MO
NOVOFINE 32	3	MO
NOVOFINE PLUS	3	MO
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	MO; QL (1 per 720 days)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	3	MO
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3)	3	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	MO
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	MO; QL (1 per 720 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	MO
ONETOUCH ULTRA2 METER	3	MO
ONETOUCH ULTRAMINI	3	MO
ONETOUCH VERIO FLEX METER	3	MO
ONETOUCH VERIO IQ METER	3	MO
ONETOUCH VERIO METER	3	MO
ONETOUCH VERIO REFLECT METER	3	MO
PRECISION XTRA MONITOR	3	MO
V-GO 20	3	MO
V-GO 30	3	MO
V-GO 40	3	MO
MUSCULOSKELETAL / RHEUMATOLOGY		
GOUT THERAPY		
<i>allopurinol</i>	1	MO
<i>colchicine oral tablet</i>	3	MO
<i>febuxostat</i>	3	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>probenecid</i>	3	MO
<i>probenecid-colchicine</i>	3	MO
OSTEOPOROSIS THERAPY		
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	MO; QL (4 per 28 days)
<i>ibandronate oral</i>	3	MO; QL (1 per 30 days)
PROLIA	3	PA; MO; QL (1 per 180 days)
<i>raloxifene</i>	3	MO
TERIPARATIDE	5	PA; MO; 31D; QL (2.48 per 28 days)
OTHER RHEUMATOLOGICALS		
ACTEMRA ACTPEN	5	PA; MO; 31D; QL (3.6 per 28 days)
ACTEMRA SUBCUTANEOUS	5	PA; MO; 31D; QL (3.6 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS	5	PA; MO; 31D
ENBREL MINI	5	PA; MO; 31D; QL (8 per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN	5	PA; MO; 31D; QL (16 per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; MO; 31D; QL (8 per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	PA; MO; 31D; QL (8 per 28 days)
ENBREL SURECLICK	5	PA; MO; 31D; QL (8 per 28 days)
HUMIRA PEN	5	PA; MO; 31D; QL (4 per 28 days)
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START	5	PA; MO; 31D; QL (6 per 180 days)
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS	5	PA; MO; 31D; QL (4 per 180 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; MO; 31D; QL (4 per 28 days)
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; MO; 31D; QL (3 per 180 days)
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; MO; 31D; QL (2 per 180 days)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS	5	PA; MO; 31D; QL (3 per 180 days)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	5	PA; MO; 31D; QL (4 per 180 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	5	PA; MO; 31D; QL (3 per 180 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; MO; 31D; QL (4 per 28 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; MO; 31D; QL (2 per 28 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	5	PA; MO; 31D; QL (2 per 28 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; MO; 31D; QL (4 per 28 days)
<i>leflunomide</i>	3	MO; QL (30 per 30 days)
ORENCIA CLICKJECT	5	PA; MO; 31D; QL (4 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML	5	PA; MO; 31D; QL (4 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 50 MG/0.4 ML	5	PA; MO; 31D; QL (1.6 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; MO; 31D; QL (2.8 per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
OTEZLA	5	PA; MO; 31D; QL (60 per 30 days)
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	5	PA; MO; 31D; QL (55 per 180 days)
<i>penicillamine oral tablet</i>	5	PA; MO; 31D
RIDAURA	5	MO; 31D
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG	5	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	5	PA; MO; 31D; QL (56 per 180 days)
XELJANZ ORAL SOLUTION	5	PA; MO; 31D; QL (300 per 30 days)
XELJANZ ORAL TABLET	5	PA; MO; 31D; QL (60 per 30 days)
XELJANZ XR	5	PA; MO; 31D; QL (30 per 30 days)

OBSTETRICS / GYNECOLOGY

ESTROGENS / PROGESTINS

<i>amabelz</i>	3	PA; MO
<i>camila</i>	2	MO
<i>deblitane</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>dotti</i>	3	PA; MO; QL (8 per 28 days)
<i>errin</i>	2	MO
<i>estradiol oral</i>	4	PA; MO
<i>estradiol transdermal patch semiweekly</i>	3	PA; MO; QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	3	PA; QL (4 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.0375 mg/24 hr</i>	3	PA; MO; QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal</i>	4	MO
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	4	MO
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	3	PA; MO
<i>fyavolv</i>	4	PA; MO
<i>incassia</i>	2	MO
<i>jinteli</i>	4	PA; MO
<i>lyleq</i>	2	MO
<i>lyllana</i>	3	PA; MO; QL (8 per 28 days)
<i>lyza</i>	2	
<i>medroxyprogesterone</i>	2	MO
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG	3	PA; MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>mimvey</i>	3	PA; MO
<i>nora-be</i>	2	MO
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	2	
<i>norethindrone acetate</i>	2	MO
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg</i>	4	PA
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	4	PA; MO
<i>progesterone micronized</i>	3	MO
<i>sharobel</i>	2	MO
<i>yuvafem</i>	4	MO
MISCELLANEOUS OB/GYN		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	4	MO
<i>eluryng</i>	4	MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	4	
<i>metronidazole vaginal</i>	3	MO
<i>terconazole</i>	3	MO
<i>tranexamic acid oral</i>	3	MO
<i>vandazole</i>	3	MO
<i>xulane</i>	4	MO
<i>zafemy</i>	4	MO
ORAL CONTRACEPTIVES / RELATED AGENTS		
<i>altavera (28)</i>	2	MO
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>apri</i>	2	MO
<i>aranelle (28)</i>	2	MO
<i>aubra eq</i>	2	MO
<i>aviane</i>	2	MO
<i>caziant (28)</i>	2	MO
<i>cryselle (28)</i>	2	MO
<i>cyred eq</i>	2	MO
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	MO
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	2	
<i>emoquette</i>	2	MO
<i>enpresse</i>	2	MO
<i>enskyce</i>	2	MO
<i>estarylla</i>	2	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	2	
<i>falmina (28)</i>	2	MO
<i>femynor</i>	2	MO
<i>introvale</i>	2	MO
<i>isibloom</i>	2	MO
<i>jasmie (28)</i>	2	MO
<i>juleber</i>	2	MO
<i>kariva (28)</i>	2	MO
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	2	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>kelnor 1-50 (28)</i>	2	MO
<i>kurvelo (28)</i>	2	MO
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	2	MO
<i>larin 1/20 (21)</i>	2	MO
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	2	MO
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	2	MO
<i>larissia</i>	2	MO
<i>lessina</i>	2	MO
<i>levonest (28)</i>	2	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablets,dose pack,3 month</i>	2	MO
<i>levonorg-eth estradiol triphasic</i>	2	
<i>levora-28</i>	2	MO
<i>loryna (28)</i>	2	MO
<i>low-ogestrel (28)</i>	2	MO
<i>lutra (28)</i>	2	MO
<i>marlissa (28)</i>	2	MO
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	2	MO
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	2	MO
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	2	MO
<i>mili</i>	2	MO
<i>nikki (28)</i>	2	MO
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	MO
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	MO
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	MO
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	2	MO
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	2	MO
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	2	MO
<i>pimtrea (28)</i>	2	MO
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	MO
<i>portia 28</i>	2	MO
<i>reclipsen (28)</i>	2	MO
<i>setlakin</i>	2	MO
<i>sprintec (28)</i>	2	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>sronyx</i>	2	MO
<i>syeda</i>	2	MO
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	2	MO
<i>tilia fe</i>	4	MO
<i>tri-estarylla</i>	2	MO
<i>tri-legest fe</i>	4	MO
<i>tri-lo-estarylla</i>	2	MO
<i>tri-lo-sprintec</i>	2	MO
<i>tri-sprintec (28)</i>	2	MO
<i>trivora (28)</i>	2	MO
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	2	MO
<i>vestura (28)</i>	2	MO
<i>vienva</i>	2	MO
<i>zovia 1-35 (28)</i>	2	MO

OPHTHALMOLOGY

ANTIBIOTICS

<i>bacitracin ophthalmic (eye)</i>	3	MO
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	2	MO
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>erythromycin ophthalmic (eye)</i>	2	MO; QL (3.5 per 14 days)
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment</i>	2	MO; QL (3.5 per 30 days)
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops</i>	2	MO; QL (70 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	3	MO
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops</i>	3	MO
NATACYN	4	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	3	MO
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	3	MO
<i>ofloxacin ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	2	MO
<i>tobramycin ophthalmic (eye)</i>	2	MO; QL (10 per 14 days)

ANTIVIRALS

<i>trifluridine</i>	3	MO
ZIRGAN	4	MO

BETA-BLOCKERS

<i>betaxolol ophthalmic (eye)</i>	3	MO
<i>carteolol</i>	2	MO
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	MO
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution</i>	4	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
MISCELLANEOUS OPHTHALMOLOGICS		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops</i>	3	MO
<i>azelastine ophthalmic (eye)</i>	3	MO
<i>cromolyn ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>cyclosporine ophthalmic (eye)</i>	3	QL (60 per 30 days)
CYSTARAN	5	PA; 31D
<i>epinastine</i>	3	MO
<i>olopatadine ophthalmic (eye)</i>	3	MO
OXERVATE	4	PA; MO; 31D
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	3	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	2	MO
XIIDRA	3	MO; QL (60 per 30 days)
NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	MO
<i>ketorolac ophthalmic (eye)</i>	2	MO
ORAL DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>acetazolamide</i>	3	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>methazolamide</i>	4	MO
OTHER GLAUCOMA DRUGS		
<i>dorzolamide</i>	2	MO
<i>dorzolamide-timolol</i>	2	MO
<i>latanoprost</i>	1	MO
<i>travoprost</i>	3	MO
STEROID-ANTIBIOTIC COMBINATIONS		
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	3	MO
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	2	MO
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)</i>	4	MO
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	3	MO; QL (10 per 14 days)
STERIODS		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>fluorometholone</i>	3	MO
<i>loteprednol etabonate</i>	3	MO
<i>prednisolone acetate</i>	2	MO
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	2	MO
SYMPATHOMIMETICS		
ALPHAGAN P OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	3	MO
<i>apraclonidine</i>	3	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %</i>	3	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	2	MO
RESPIRATORY AND ALLERGY		
ANTI-HISTAMINE / ANTI-ALLERGENIC AGENTS		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	2	MO
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml (manufactured by mylan specialty)</i>	3	MO; QL (2 per 30 days)
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	2	PA; MO
<i>levocetirizine oral solution</i>	4	MO
<i>levocetirizine oral tablet</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>promethazine oral</i>	4	PA; MO
SYMJEPI	4	MO; QL (2 per 30 days)
PULMONARY AGENTS		
<i>acetylcysteine</i>	3	B/D PA; MO
ADEMPAS	5	PA; MO; LA; 31D
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	3	MO; QL (17 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation package size 6.7 gm</i>	3	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>	2	B/D PA; MO
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	2	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	4	MO
<i>alyq</i>	5	PA; 31D; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan</i>	5	PA; MO; LA; 31D
<i>arformoterol</i>	5	B/D PA; MO
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100 MCG/ACTUATION , 200 MCG/ACTUATION	3	MO; QL (13 per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 50 MCG/ACTUATION	3	QL (13 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (60)	3	MO; QL (1 per 30 days)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (120)	3	MO; QL (2 per 30 days)
ATROVENT HFA	4	MO; QL (25.8 per 30 days)
<i>bosentan</i>	5	PA; MO; LA; 31D
BREZTRI AEROSPHERE	3	MO; QL (10.7 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	4	B/D PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	4	B/D PA; MO; QL (60 per 30 days)
CINRYZE	5	PA; MO; 31D
COMBIVENT RESPIMAT	3	MO; QL (8 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>cromolyn inhalation</i>	5	B/D PA; MO; 31D
DALIRESP	4	PA; MO; QL (30 per 30 days)
DULERA	3	MO; QL (13 per 30 days)
ESBRIET ORAL CAPSULE	5	PA; MO; 31D; QL (270 per 30 days)
<i>flunisolide</i>	3	MO; QL (50 per 30 days)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	4	ST; QL (12 per 30 days)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	4	ST; QL (24 per 30 days)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	4	ST; QL (10.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal</i>	2	MO; QL (16 per 30 days)
<i>fluticasone propionate-salmeterol inhalation blister with device</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>formoterol fumarate</i>	5	B/D PA; MO
<i>icatibant</i>	5	PA; MO; 31D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>ipratropium bromide inhalation</i>	2	B/D PA; MO
<i>ipratropium-albuterol</i>	2	B/D PA; MO
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET	5	PA; MO; 31D; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET	5	PA; MO; 31D; QL (60 per 30 days)
<i>montelukast oral granules in packet</i>	4	MO
<i>montelukast oral tablet</i>	2	MO
<i>montelukast oral tablet, chewable</i>	2	MO
OFEV	5	PA; MO; 31D; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT	5	PA; MO; LA; 31D
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET	5	PA; MO; 31D; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET	5	PA; MO; 31D; QL (112 per 28 days)
ORLADEYO	5	PA; LA; 31D
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	5	PA; MO; 31D; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	5	PA; MO; 31D; QL (90 per 30 days)
PULMOZYME	5	B/D PA; MO; 31D

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION	3	MO; QL (10.6 per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACTUATION	3	MO; QL (21.2 per 30 days)
<i>sajazir</i>	5	PA; 31D
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet</i>	3	PA; MO; QL (90 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT	3	MO; QL (4 per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER	3	MO; QL (90 per 90 days)
STIOLTO RESPIMAT	3	MO; QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT	3	MO; QL (4 per 30 days)
SYMBICORT	3	MO; QL (10.2 per 30 days)
SYMDEKO	5	PA; MO; 31D; QL (56 per 28 days)
<i>tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	5	PA; 31D; QL (60 per 30 days)
<i>terbutaline oral</i>	4	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
THEO-24	3	MO
<i>theophylline oral solution</i>	4	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg</i>	2	MO
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr</i>	2	MO
TRIKAFTA	5	PA; MO; 31D; QL (84 per 28 days)
<i>wixela inhub</i>	3	QL (60 per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN	5	PA; MO; LA; 31D; QL (8 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; MO; LA; 31D; QL (8 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; MO; LA; 31D; QL (1 per 28 days)
<i>zafirlukast</i>	4	MO

UROLOGICALS

ANTICHOLINERGICS / ANTISPASMODICS

MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION, EXTENDED RELEASE RECON	3	
---	---	--

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR	3	MO
<i>oxybutynin chloride</i>	2	MO
<i>tolterodine</i>	4	MO
<i>tropium oral tablet</i>	2	MO

BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA(BPH) THERAPY

<i>alfuzosin</i>	2	MO
<i>dutasteride</i>	2	MO
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	2	MO
<i>tamsulosin</i>	2	MO

MISCELLANEOUS UROLOGICALS

<i>bethanechol chloride</i>	3	MO
CYSTAGON	4	PA; LA
ELMIRON	3	MO
<i>potassium citrate oral tablet extended release</i>	2	MO

VITAMINS, HEMATINICS / ELECTROLYTES

ELECTROLYTES

<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	3	MO; QL (360 per 30 days)
<i>klor-con 10</i>	2	MO
<i>klor-con 8</i>	2	MO
<i>klor-con m10</i>	2	MO
<i>klor-con m15</i>	2	MO
<i>klor-con m20</i>	2	MO

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>klor-con oral packet 20</i>	4	MO
<i>magnesium sulfate injection solution</i>	4	MO
<i>magnesium sulfate injection syringe</i>	4	
<i>potassium chloride-d5-0.45%nacl</i>	4	
<i>potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	4	
<i>potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	4	
<i>potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	4	
<i>potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 20 meq/100 ml, 40 meq/100 ml</i>	4	
<i>potassium chloride intravenous</i>	4	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release</i>	2	MO
<i>potassium chloride oral liquid</i>	4	MO
<i>potassium chloride oral packet</i>	4	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 8 meq</i>	2	MO
<i>potassium chloride oral tablet extended release 20 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	2	MO
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq, 20 meq</i>	2	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	4	
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	4	
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i>	4	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution</i>	4	MO
<i>sodium chloride 3 % hypertonic</i>	4	
<i>sodium chloride 5 % hypertonic</i>	4	MO
MISCELLANEOUS NUTRITION PRODUCTS		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	4	B/D PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	4	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	4	B/D PA
<i>intralipid intravenous emulsion 20 %</i>	4	B/D PA
ISOLYTE S PH 7.4	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	4	
PLASMA-LYTE 148	3	

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
PLASMA-LYTE A	3	
PLENAMINE	4	B/D PA
<i>premasol 10 %</i>	4	B/D PA
<i>travasol 10 %</i>	4	B/D PA
TROPHAMINE 10 %	4	B/D PA
VITAMINS / HEMATINICS		
<i>fluoride (sodium) oral tablet</i>	2	
<i>prenatal vitamin oral tablet</i>	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Index

A		
abacavir	10	
abacavir-lamivudine	10	
ABELCET	10	
ABILIFY MAINTENA.....	33	
abiraterone	19	
acamprosate	49	
acarbose	51	
accutane	46	
acebutolol	40	
acetaminophen-codeine	31	
acetazolamide	67	
acetic acid.....	50	
acetylcysteine	68	
acitretin.....	44	
ACTEMRA	61	
ACTEMRA ACTPEN.....	61	
ACTHIB (PF).....	58	
ACTIMMUNE	57	
acyclovir	10, 47	
acyclovir sodium	10	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	58	
adefovir.....	10	
ADEMPAS.....	68	
ala-cort.....	47	
albendazole.....	14	
albuterol sulfate	68	
alclometasone	47	
alcohol pads.....	51	
ALECENSA	19	
alendronate	61	
alfuzosin	71	
aliskiren	40	
allopurinol	61	
alosetron	55	
ALPHAGAN P.....	67	
altavera (28).....	64	
ALUNBRIG	19	
alyacen 1/35 (28).....	64	
alyq.....	68	
amabelz.....	63	
amantadine hcl.....	10	
ambrisentan	68	
amikacin	14	
amiloride.....	40	
amiloride-hydrochlorothiazide	40	
amiodarone	39	
amitriptyline	33	
amlodipine	40	
amlodipine-benazepril	40	
amlodipine-olmesartan	40	
amlodipine-valsartan	40	
ammonium lactate	45	
amnestem	46	
amoxapine	33	
amoxicillin.....	16, 17	
amoxicillin-pot clavulanate ..	17	
amphotericin b.....	10	
ampicillin.....	17	
ampicillin sodium	17	
ampicillin-sulbactam	17	
anagrelide	49	
anastrozole.....	19	
apraclonidine	67	
aprepitant	55	
apri.....	64	
APTIOM.....	26	
APTIVUS	10	
aranelle (28).....	64	
ARCALYST.....	57	
arformoterol.....	68	
ARIKAYCE	14	
aripiprazole.....	33	
ARISTADA.....	34	
ARISTADA INITIO.....	33	
armodafinil	34	
asenapine maleate.....	34	
ASMANEX HFA	68	
ASMANEX TWISTHALER	69	
aspirin-dipyridamole	42	
atazanavir.....	10	
atenolol	40	
atenolol-chlorthalidone.....	40	
atomoxetine	34	
atorvastatin	43	
atovaquone.....	15	
atovaquone-proguanil	15	
atropine	67	
ATROVENT HFA.....	69	
AUBAGIO.....	30	
aubra eq	64	
aviane.....	64	
avita	46	
AVONEX	57	
AYVAKIT	19	
azathioprine	19	
azelastine	50, 67	
azithromycin	14	
aztreonam	15	
B		
bacitracin	66	
bacitracin-polymyxin b.....	66	
baclofen	31	
balsalazide	55	
BALVERSA	19	
BARACLUDE.....	11	
BCG VACCINE, LIVE (PF)	58	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE.....	59	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	60	
BD INSULIN SYRINGE U- 500	60	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE.....	60	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE.....	60	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	60	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE.....	60	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	60	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	60	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	60	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

BD VEO INSULIN SYRINGE	C	CHEMET.....49
UF.....60	cabergoline .....54	CHENODAL .....55
benazepril .....40	CABLIVI.....42	chlorhexidine gluconate.....50
benazepril-hydrochlorothiazide	CABOMETYX.....19	chloroquine phosphate.....15
.....40	calcipotriene .....44, 45	chlorpromazine .....34
BENLYSTA.....61	calcitonin (salmon) .....54	chlorthalidone .....40
benztropine .....29	calcitriol.....54	CHOLBAM .....55
BESREMI.....57	calcium acetate(phosphat bind)	cholestyramine (with sugar) .43
betaine .....55	71	cholestyramine light .....43
betamethasone dipropionate .47	CALQUENCE.....19	ciclopirox .....46, 47
betamethasone valerate .....47	camila .....63	cilostazol.....42
betamethasone, augmented...47	candesartan .....40	CIMDUO .....11
BETASERON .....57	candesartan-hydrochlorothiazid	cinacalcet .....54
betaxolol .....40, 66	40	CINRYZE.....69
bethanechol chloride .....71	CAPLYTA.....34	ciprofloxacin hcl.....18, 50, 66
bexarotene .....19	CAPRELSA.....19	ciprofloxacin in 5 % dextrose
BEXSERO.....58	captopril.....40	18
bicalutamide .....19	carbamazepine .....26	ciprofloxacin-dexamethasone
BICILLIN C-R.....17	carbidopa .....29	50
BICILLIN L-A .....17	carbidopa-levodopa .....29	citalopram .....34
BIKTARVY .....11	carbidopa-levodopa-	claravis.....46
bisoprolol fumarate .....40	entacapone .....29	clarithromycin.....14
bisoprolol-hydrochlorothiazide	carglumic acid .....49	clindamycin hcl .....15
.....40	carteolol .....66	clindamycin in 5 % dextrose 15
BOOSTRIX TDAP .....58	cartia xt .....40	clindamycin pediatric .....15
bosentan.....69	carvedilol .....40	clindamycin phosphate ..15, 46,
BOSULIF .....19	casprofungin .....10	64
BRAFTOVI.....19	CAYSTON .....15	CLINIMIX 5%/D15W
BREZTRI AEROSPHERE ..69	caziant (28).....64	SULFITE FREE .....72
BRILINTA .....42	cefaclor .....13	CLINIMIX 4.25%/D10W
brimonidine .....68	cefadroxil.....13	SULF FREE.....73
BRIVIACT .....26	cefazolin .....13	CLINIMIX 4.25%/D5W
bromocriptine .....29	cefdinir.....13	SULFIT FREE .....49
BRUKINSA .....19	cefepime .....13	CLINIMIX 5%-
budesonide.....55, 69	cefixime .....13	D20W(SULFITE-FREE)..73
bumetanide .....40	cefoxitin.....13	clobazam.....26
buprenorphine hcl.....31	cefpodoxime .....13	clobetasol .....48
buprenorphine-naloxone.....32	cefprozil.....13	clobetasol-emollient .....48
bupropion hcl.....34	ceftazidime .....13, 14	clodan .....48
bupropion hcl (smoking deter)	ceftriaxone .....14	clomipramine .....34
.....50	cefuroxime axetil.....14	clonazepam .....26, 27
buspirone .....34	cefuroxime sodium .....14	clonidine .....40
butorphanol.....32	celecoxib.....33	clonidine hcl .....34, 40
BYDUREON BCISE .....51	CELONTIN .....26	clopidogrel .....42
BYETTA .....51	cephalexin.....14	clorazepate dipotassium.....34
	cetirizine .....68	clotrimazole .....10, 47

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

clotrimazole-betamethasone.47	DAPTOMYCIN .....15	dipyridamole.....42
clozapine.....35	DAURISMO.....20	disulfiram.....49
COARTEM .....15	deblitane .....63	divalproex .....27
colchicine .....61	deferasirox .....49	dofetilide.....39
colesevelam .....43	deferiprone.....49	donepezil.....30
colestipol .....43	DELSTRIGO.....11	DOPTELET (10 TAB PACK) .....42
colistin (colistimethate na) ...15	DENAVIR.....47	DOPTELET (15 TAB PACK) .....42
COMBIVENT RESPIMAT .69	DESCOVY .....11	DOPTELET (30 TAB PACK) .....42
COMETRIQ.....19	desipramine .....35	dorzolamide .....67
COMPLERA .....11	desmopressin .....54	dorzolamide-timolol .....67
compro.....55	desog-e.estradiol/e.estradiol .64	dotti.....63
constulose .....55	desogestrel-ethinyl estradiol.64	DOVATO .....11
COPIKTRA .....19	desonide.....48	doxazosin .....40
CORLANOR.....44	desrx .....48	doxepin .....35
CORTIFOAM .....55	desvenlafaxine succinate .....35	doxercalciferol .....54
COTELLIC.....20	dexamethasone .....50	doxy-100.....18
CREON .....55	dexamethasone sodium phosphate.....67	doxycycline hyclate .....18
CRESEMBA .....10	dextroamphetamine- amphetamine .....35	doxycycline monohydrate ...18
cromolyn.....55, 67, 69	dextrose 10 % and 0.2 % nacl.....49	DRIZALMA SPRINKLE .....35
crotan .....48	dextrose 10 % in water (d10w) .....49	dronabinol.....55
cryselle (28).....64	dextrose 5 % in water (d5w).49	DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS .....51
cyclobenzaprine.....31	dextrose 5%-0.2 % sod chloride .....49	drospirenone-ethinyl estradiol.....64
cyclophosphamide .....20	DIACOMIT .....27	DROXIA.....20
CYCLOPHOSPHAMIDE ....20	diazepam.....27, 35	droxidopa.....49
cyclosporine .....20, 67	diazepam intensol .....35	DULERA .....69
cyclosporine modified .....20	diazoxide .....51	duloxetine .....35
cyred eq .....64	diclofenac potassium .....33	DUPIXENT PEN.....45
CYSTAGON .....71	diclofenac sodium.....33, 67	DUPIXENT SYRINGE.....45
CYSTARAN .....67	dicloxacillin.....17	dutasteride.....71
D	dicyclomine .....55	E
d10 %-0.45 % sodium chloride.....49	DIFICID .....14	e.e.s. 400 .....14
d2.5 %-0.45 % sodium chloride.....49	diflunisal .....33	econazole .....47
d5 % and 0.9 % sodium chloride.....49	digitek.....44	EDURANT .....11
d5 %-0.45 % sodium chloride.....49	digox .....44	efavirenz .....11
dalfampridine .....30	digoxin.....44	efavirenz-emtricitabin-tenofo.....11
DALIRESP .....69	dihydroergotamine.....29	efavirenz-lamivu-tenofo.....11
danazol .....54	DILANTIN 30 MG .....27	ELIQUIS.....42
dantrolene .....31	diltiazem hcl .....40	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START.....42
dapsone.....15	dilt-xr.....40	
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF).....58	dimethyl fumarate.....30	
daptomycin .....15	diphenoxylate-atropine .....55	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

ELMIRON.....	71	erythromycin	14, 66	FIRMAGON KIT W	
eluryng.....	64	erythromycin ethylsuccinate.	14	DILUENT SYRINGE	20
EMCYT	20	erythromycin with ethanol....	46	flac otic oil	50
EMEND.....	55	ESBRIET.....	69	flecainide	39
EMGALITY PEN	29	escitalopram oxalate	35	fluconazole	10
EMGALITY SYRINGE.....	29	esomeprazole magnesium.....	57	fluconazole in nacl (iso-osm)	10
emoquette	64	estarylla	64	flucytosine	10
EMSAM	35	estradiol	63	fludrocortisone.....	50
emtricitabine.....	11	estradiol valerate.....	63	flunisolide	69
emtricitabine-tenofovir (tdf).	11	estradiol-norethindrone acet.	63	fluocinolone	48
EMTRIVA.....	11	ethambutol	15	fluocinolone acetonide oil	50
EMVERM	15	ethosuximide	27	fluocinolone and shower cap	48
enalapril maleate	40	ethynodiol diac-eth estradiol	64	fluocinonide	48
enalapril-hydrochlorothiazide		etodolac	33	fluocinonide-emollient	48
.....	40	etonogestrel-ethinyl estradiol	64	fluoride (sodium)	73
ENBREL	61, 62	etravirine.....	11	fluorometholone	67
ENBREL MINI	61	euthyrox.....	55	fluorouracil	45
ENBREL SURECLICK	62	everolimus (antineoplastic) ..	20	fluoxetine	35
endocet	31	everolimus		fluphenazine decanoate	35
ENERGIX-B (PF)	58	(immunosuppressive)	20	fluphenazine hcl.....	35
ENERGIX-B PEDIATRIC		EVOTAZ	11	flurbiprofen.....	33
(PF).....	58	exemestane	20	flurbiprofen sodium	67
enoxaparin	42, 43	EXKIVITY	20	fluticasone propionate	69
enpresse	64	ezetimibe	43	FLUTICASONE	
enskyce	64	ezetimibe-simvastatin.....	43	PROPIONATE	69
entacapone	29	F		fluticasone propion-salmeterol	
entecavir	11	falmina (28)	64	.....	69
ENTRESTO	44	famciclovir.....	11	fluvastatin	43
enulose.....	55	famotidine.....	57	fluvoxamine	36
EPCLUSA	11	FANAPT	35	fondaparinux.....	43
EPIDIOLEX.....	27	FARXIGA	51	formoterol fumarate.....	69
epinastine.....	67	febuxostat	61	fosamprenavir	11
epinephrine	68	felbamate	27	fosinopril.....	41
epitol.....	27	felodipine.....	41	fosinopril-hydrochlorothiazide	
EPIVIR HBV.....	11	femynor	64	.....	41
eplerenone	41	fenofibrate	43	FOTIVDA.....	20
EPRONTIA	27	fenofibrate micronized	43	FREESTYLE FREEDOM....	60
ergotamine-caffeine.....	29	fenofibrate nanocrystallized .	43	FREESTYLE FREEDOM	
ERIVEDGE	20	fenofibric acid (choline)	43	LITE	60
ERLEADA	20	fentanyl	31	FREESTYLE INSULINX ...	51,
erlotinib	20	fentanyl citrate.....	31	60	
errin	63	FETZIMA.....	35	FREESTYLE INSULINX	
ertapenem	15	finasteride	71	TEST STRIPS	51
ery pads	46	FINTEPLA	27	FREESTYLE LIBRE 14 DAY	
ery-tab.....	14	FIRDAPSE	30	READER	60
erythrocin (as stearate)	14				

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR.....60	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....52	HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN.....52
FREESTYLE LIBRE 2 READER.....60	H	HUMULIN N NPH U-100 INSULIN .....52
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR.....60	halobetasol propionate.....48	HUMULIN R REGULAR U- 100 INSULN .....52
FREESTYLE LITE METER60	haloperidol.....36	HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN .....52
FREESTYLE LITE STRIPS 51	haloperidol decanoate.....36	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN.....52
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS.....51	haloperidol lactate .....36	hydralazine .....41
FREESTYLE TEST .....51	HARVONI.....11	hydrochlorothiazide.....41
furosemide.....41	HAVRIX (PF) .....58	hydrocodone-acetaminophen.....31, 32
FUZEON .....11	heparin (porcine) .....43	hydrocodone-ibuprofen .....32
fyavolv.....63	HETLIOZ .....36	hydrocortisone .....48, 50, 56
FYCOMPA .....27	HIBERIX (PF).....58	hydrocortisone-acetic acid....50
G	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 .....52	hydromorphone.....32
gabapentin .....27	HUMALOG KWIKPEN INSULIN .....52	hydromorphone (pf).....32
galantamine .....30	HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100 .....52	hydroxychloroquine.....15
GARDASIL 9 (PF).....58	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN.....52	hydroxyurea .....21
GATTEX 30-VIAL .....55	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN.....52	hydroxyzine hcl .....68
GAUZE PAD .....60	HUMALOG MIX 75-25(U- 100)INSULN .....52	I
gavilyte-c.....55	HUMALOG U-100 INSULIN.....52	ibandronate .....61
gavilyte-g.....56	HUMIRA.....62	IBRANCE.....21
GAVRETO.....21	HUMIRA PEN .....62	ibu .....33
gemfibrozil .....43	HUMIRA PEN CROHNS-UC- HS START .....62	ibuprofen.....33
generlac .....56	HUMIRA PEN PSOR- UVEITS-ADOL HS .....62	icatibant .....69
gengraf.....21	HUMIRA(CF) .....62	ICLUSIG .....21
gentak .....66	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER.....62	icosapent ethyl .....43
gentamicin .....15, 46, 66	HUMIRA(CF) PEN.....62	IDHIFA.....21
gentamicin in nacl (iso-osm) 15	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS .....62	imatinib.....21
GENVOYA .....11	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC.....62	IMBRUVICA .....21
GILENYA .....30	HUMIRA(CF) PEN PSOR- UV-ADOL HS.....62	imipenem-cilastatin .....15
GILOTRIF.....21	HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN .....52	imipramine hcl.....36
glatiramer .....30	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN.....52	imipramine pamoate .....36
glatopa .....30, 31		imiquimod.....45
glimepiride .....51		IMOVAX RABIES VACCINE (PF).....58
glipizide.....51		incassia .....63
glipizide-metformin.....52		INCRELEX .....49
glycopyrrolate.....55		indapamide .....41
granisetron hcl .....56		INFANRIX (DTAP) (PF).....58
griseofulvin microsize .....10		INFLECTRA .....56
griseofulvin ultramicrosize...10		INLYTA .....21
GVOKE.....52		INQOVI.....21
GVOKE HYOPEN 2-PACK.....52		

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

INREBIC.....	21	kelnor 1/35 (28).....	64	LEUKINE.....	58
INSULIN PEN NEEDLE.....	60	kelnor 1-50 (28).....	65	leuprolide.....	22
INSULIN SYRINGE- NEEDLE U-100.....	60	KERENDIA.....	41	levetiracetam.....	27, 28
INTELENCE.....	11	ketoconazole.....	10, 47	levobunolol.....	66
intralipid.....	73	ketorolac.....	67	levocarnitine.....	49
INTRON A.....	58	KINRIX (PF).....	59	levocarnitine (with sugar).....	49
introvale.....	64	KISQALI.....	21, 22	levocetirizine.....	68
INVEGA HAFYERA.....	36	KISQALI FEMARA CO- PACK.....	21	levofloxacin.....	18, 66
INVEGA SUSTENNA.....	36	klor-con 10.....	71	levofloxacin in d5w.....	18
INVEGA TRINZA.....	36, 37	klor-con 8.....	71	levonest (28).....	65
IPOL.....	58	klor-con m10.....	71	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	65
ipratropium bromide.....	50, 70	klor-con m15.....	71	levonorg-eth estrad triphasic.....	65
ipratropium-albuterol.....	70	klor-con m20.....	71	levora-28.....	65
irbesartan.....	41	klor-con oral packet 20.....	72	levo-t.....	55
irbesartan-hydrochlorothiazide	41	KOMBIGLYZE XR.....	52	levothyroxine.....	55
IRESSA.....	21	KORLYM.....	54	levoxyl.....	55
ISENTRESS.....	11, 12	kurvelo (28).....	65	LEXIVA.....	12
ISENTRESS HD.....	11	KYNMOBI.....	29	lidocaine.....	45
isibloom.....	64	L		lidocaine hcl.....	45
ISOLYTE S PH 7.4.....	73	l norgest/e.estradiol-e.estrad.....	65	lidocaine viscous.....	45
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE.....	73	labetalol.....	41	lidocaine-prilocaine.....	46
isoniazid.....	15	lacosamide.....	27	lindane.....	49
isosorbide dinitrate.....	44	lactulose.....	56	linezolid.....	15
isosorbide mononitrate.....	44	lamivudine.....	12	linezolid in dextrose 5%.....	15
isotretinoin.....	46	lamivudine-zidovudine.....	12	liothyronine.....	55
itraconazole.....	10	lamotrigine.....	27	lisinopril.....	41
ivermectin.....	15, 46	lansoprazole.....	57	lisinopril-hydrochlorothiazide	41
IXIARO (PF).....	59	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN.....	52	lithium carbonate.....	37
J		LANTUS U-100 INSULIN..	53	LOKELMA.....	49
JAKAFI.....	21	lapatinib.....	22	LONSURF.....	22
jantoven.....	43	larin 1.5/30 (21).....	65	loperamide.....	55
JANUMET.....	52	larin 1/20 (21).....	65	lopinavir-ritonavir.....	12
JANUMET XR.....	52	larin fe 1.5/30 (28).....	65	lorazepam.....	37
JANUVIA.....	52	larin fe 1/20 (28).....	65	lorazepam intensol.....	37
JARDIANCE.....	52	larissia.....	65	LORBRENA.....	22
jasmiel (28).....	64	latanoprost.....	67	loryna (28).....	65
jinteli.....	63	LATUDA.....	37	losartan.....	41
juleber.....	64	leflunomide.....	62	losartan-hydrochlorothiazide.....	41
JULUCA.....	12	lenalidomide.....	22	loteprednol etabonate.....	67
JUXTAPID.....	43	LENVIMA.....	22	lovastatin.....	43
K		lessina.....	65	low-ogestrel (28).....	65
KALYDECO.....	70	letrozole.....	22	loxapine succinate.....	37
kariva (28).....	64	leucovorin calcium.....	19	LUMAKRAS.....	22
		LEUKERAN.....	22	LUPRON DEPOT.....	22

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

LUPRON DEPOT (3 MONTH).....	22	methenamine hippurate	18	myorisan	46
LUPRON DEPOT (4 MONTH).....	22	methimazole	51	MYRBETRIQ.....	71
LUPRON DEPOT (6 MONTH).....	22	methotrexate sodium	22	N	
lutra (28)	65	methotrexate sodium (pf)	22	nabumetone.....	33
lyleq	63	methoxsalen.....	46	nadolol	41
lyllana.....	63	methylphenidate hcl	37	nafcillin.....	17
LYNPARZA.....	22	methylprednisolone	50	naloxone	33
LYSODREN.....	22	metoclopramide hcl	56	naltrexone	33
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	53	metolazone.....	41	NAMZARIC.....	31
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	53	metoprolol succinate.....	41	naproxen	33
LYUMJEV U-100 INSULIN	53	metoprolol ta-hydrochlorothiaz	41	naratriptan.....	29
lyza	63	metoprolol tartrate	41	NATACYN.....	66
M		metronidazole	16, 46, 64	nateglinide	53
magnesium sulfate.....	72	metronidazole in nacl (iso-os)	16	NATPARA	54
malathion.....	49	metryrosine	41	NAYZILAM.....	28
maraviroc.....	12	mexiletine	39	nebivolol.....	41
marlissa (28).....	65	micafungin.....	10	NEEDLES, INSULIN DISP.,SAFETY	60
MARPLAN	37	microgestin 1.5/30 (21)	65	nefazodone.....	37
MATULANE	22	microgestin 1/20 (21)	65	neomycin	16
matzim la	41	microgestin fe 1.5/30 (28)	65	neomycin-bacitracin-poly-hc.....	67
meclizine	56	microgestin fe 1/20 (28)	65	neomycin-bacitracin-polymyxin.....	66
medroxyprogesterone	63	midodrine.....	49	neomycin-polymyxin b-dexameth.....	67
mefloquine.....	15	mili.....	65	neomycin-polymyxin-gramicidin.....	66
megestrol	22	mimvey	64	neomycin-polymyxin-hc.....	50, 67
MEKINIST.....	22	minocycline	18	NERLYNX	22
MEKTOVI	22	minoxidil	41	NEUPRO	29
meloxicam	33	mirtazapine	37	nevirapine	12
memantine	31	misoprostol	57	niacin	44
MENACTRA (PF)	59	M-M-R II (PF).....	59	nicardipine	41
MENEST	63	modafinil	37	NICOTROL	50
MENQUADFI (PF).....	59	moexipril	41	NICOTROL NS.....	50
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	59	molindone.....	37	nifedipine	41
mercaptopurine.....	22	mometasone.....	48	nikki (28)	65
meropenem	15	montelukast	70	nilutamide	22
mesalamine.....	56	morphine.....	32	nimodipine	41
MESNEX	19	morphine concentrate	32	NINLARO	23
metformin	53	MOVANTIK	56	nitazoxanide.....	16
methadone	32	moxifloxacin.....	18, 66	nitisinone	49
methazolamide	67	moxifloxacin-sod.chloride(iso)	18	nitro-bid	44
		mupirocin.....	46	nitrofurantoin	18
		MYALEPT	54	nitrofurantoin macrocrystal ..	18
		mycophenolate mofetil	22		
		mycophenolate sodium.....	22		

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

nitrofurantoin monohyd/m- cryst.....	18	omeprazole	57	oxaprozin	33
nitroglycerin	44	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	60	oxcarbazepine	28
NIVESTYM	58	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	60	OXERVATE.....	67
nora-be.....	64	OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	60	oxybutynin chloride.....	71
norethindrone (contraceptive)	64	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	61	oxycodone.....	32
norethindrone acetate	64	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	61	oxycodone-acetaminophen ...	32
norethindrone ac-eth estradiol	64, 65	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	61	P	
norethindrone-e.estradiol-iron	65	OMNITROPE.....	58	pacerone.....	39
norgestimate-ethinyl estradiol	65	ondansetron	56	paliperidone	37
nortrel 0.5/35 (28)	65	ondansetron hcl.....	56	PANRETIN	46
nortrel 1/35 (21)	65	ONETOUCH ULTRA TEST	53	pantoprazole	57
nortrel 1/35 (28)	65	ONETOUCH ULTRA2 METER	61	paricalcitol	54
nortrel 7/7/7 (28)	65	ONETOUCH ULTRAMINI.....	61	paromomycin	16
nortriptyline	37	ONETOUCH VERIO FLEX METER	61	paroxetine hcl	37, 38
NORVIR.....	12	ONETOUCH VERIO IQ METER	61	PASER.....	16
NOVOFINE 32	60	ONETOUCH VERIO METER	61	PEDIARIX (PF)	59
NOVOFINE PLUS.....	60	ONETOUCH VERIO REFLECT METER	61	PEDVAX HIB (PF)	59
NUBEQA	23	ONETOUCH VERIO TEST STRIPS	53	peg 3350-electrolytes.....	56
NUEDEXTA	31	ONGLYZA.....	53	peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c	56
NUPLAZID.....	37	ONUREG	23	PEGASYS	58
NURTEC ODT.....	30	OPSUMIT	70	peg-electrolyte	56
nyamyc	47	ORENCIA	62	PEMAZYRE.....	23
nystatin	10, 47	ORENCIA CLICKJECT	62	penicillamine	63
nystatin-triamcinolone.....	47	ORGOVYX.....	23	penicillin g potassium.....	17
nystop	47	ORKAMBI.....	70	penicillin g procaine	17
NYVEPRIA.....	58	ORLADEYO	70	penicillin g sodium	17
O		oseltamivir	12	penicillin v potassium.....	17
OALIVA.....	56	OTEZLA	63	PENTACEL (PF).....	59
octreotide acetate.....	23	OTEZLA STARTER.....	63	pentamidine	16
ODEFSEY	12	oxacillin.....	17	PENTASA	56
ODOMZO	23	oxacillin in dextrose(iso-osm)	17	pentoxifylline.....	43
OFEV	70	oxandrolone	54	perindopril erbumine	41
ofloxacin.....	50, 66			perio gard.....	50
olanzapine.....	37			permethrin.....	49
olmesartan	41			perphenazine.....	38
olmesartan-amlodipin- hcthiacid	41			PERSERIS	38
olmesartan- hydrochlorothiazide.....	41			phenelzine.....	38
olopatadine	67			phenobarbital	28
omega-3 acid ethyl esters	44			phenytoin	28
				phenytoin sodium extended ..	28
				PIFELTRO	12
				pilocarpine hcl	49, 67
				pimecrolimus	46
				pimozide	38
				pimtrea (28)	65

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

pindolol.....	41	prednisone intensol.....	51	quinidine sulfate	39
pioglitazone	53	pregabalin	28	quinine sulfate	16
piperacillin-tazobactam	17	PREHEVBRIO (PF).....	59	QVAR REDIHALER	70
PIQRAY	23	premasol 10 %.....	73	R	
pirfenidone	70	prenatal vitamin oral tablet..	73	RABAVERT (PF)	59
pirmella.....	65	prevalite	44	raloxifene	61
piroxicam.....	33	PREVYMIS.....	12	ramelteon	38
PLASMA-LYTE 148	73	PREZCOBIX.....	12	ramipril	41
PLASMA-LYTE A	73	PREZISTA	12	ranolazine	44
PLENAMINE.....	73	PRIFTIN	16	rasagiline.....	29
podofilox	46	PRIMAQUINE.....	16	RAVICTI.....	49
polymyxin b sulf-trimethoprim		primidone.....	28	reclipsen (28).....	65
.....	66	PRIVIGEN	59	RECOMBIVAX HB (PF).....	59
POMALYST	23	probenecid	61	RECTIV	56
portia 28.....	65	probenecid-colchicine	61	REGRANEX	46
posaconazole	10	prochlorperazine	56	RELENZA DISKHALER	12
potassium chlorid-d5-		prochlorperazine maleate oral		RELISTOR.....	56, 57
0.45%nacl.....	72	.....	56	repaglinide	53
potassium chloride.....	72	PROCRIT	58	REPATHA.....	44
potassium chloride in 0.9%nacl		procto-med hc.....	56	REPATHA PUSHTRONEX	44
.....	72	procto-pak.....	56	REPATHA SURECLICK	44
potassium chloride in 5 % dex		proctosol hc	56	RETACRIT.....	58
.....	72	proctozone-hc	56	RETEVMO.....	23
potassium chloride in lr-d5...	72	progesterone micronized	64	REVCovi	49
potassium chloride in water..	72	PROGRAF.....	23	REVLIMID.....	23
potassium chloride-0.45 % nacl		PROLASTIN-C	49	REXULTI.....	38
.....	72	PROLIA.....	61	REYATAZ	12
potassium chloride-d5-		PROMACTA.....	43	ribavirin	12
0.2%nacl.....	72	promethazine	68	RIDAURA.....	63
potassium chloride-d5-		propafenone	39	rifabutin	16
0.9%nacl.....	72	propranolol	41	rifampin	16
potassium citrate.....	71	propylthiouracil	51	riluzole.....	49
pramipexole	29	PROQUAD (PF).....	59	rimantadine	12
prasugrel	43	protriptyline	38	RINVOQ.....	63
pravastatin	44	PULMOZYME.....	70	RISPERDAL CONSTA	38
praziquantel	16	PURIXAN	23	risperidone	38
prazosin	41	pyrazinamide	16	ritonavir	12
PRECISION XTRA		pyridostigmine bromide	31	rivastigmine	31
MONITOR	61	pyrimethamine.....	16	rivastigmine tartrate.....	31
PRECISION XTRA TEST...	53	Q		rizatriptan.....	30
prednicarbate	48	QINLOCK	23	ropinirole	29
prednisolone	50	QUADRACEL (PF)	59	rosuvastatin.....	44
prednisolone acetate	67	quetiapine	38	ROTARIX	59
prednisolone sodium phosphate		quinapril.....	41	ROTATEQ VACCINE.....	59
.....	51, 67	quinapril-hydrochlorothiazide		roweepra	28
prednisone	51	.....	41	ROZLYTREK	23

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

RUBRACA.....	23	sotalol af	40	tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg.....	70
rufinamide	28	SPIRIVA RESPIMAT.....	70	TAFINLAR	24
RUKOBIA.....	12	SPIRIVA WITH		TAGRISSO.....	24
RUXIENCE.....	23	HANDIHALER.....	70	TALTZ AUTOINJECTOR ..	45
RYDAPT.....	23	spironolactone	42	TALTZ SYRINGE	45
S		spironolacton-hydrochlorothiaz		TALZENNA.....	24
sajazir	70	.....	42	tamoxifen.....	24
SANDIMMUNE	23	sprintec (28).....	65	tamsulosin.....	71
SANTYL	46	SPRITAM.....	28	tarina fe 1-20 eq (28)	66
sapropterin	54	SPRYCEL	24	TASIGNA.....	24
SCSEMBLIX.....	23	sps (with sorbitol).....	50	tazarotene.....	46
scopolamine base.....	57	sronyx	66	tazicef	14
SECUADO	38	ssd	46	taztia xt	42
selegiline hcl.....	29	STELARA	45	TAZVERIK	24
selenium sulfide.....	45	STIOLTO RESPIMAT.....	70	TDVAX	59
SELZENTRY	12	STIVARGA.....	24	TEFLARO	14
sertraline	38	STREPTOMYCIN	16	telmisartan	42
setlakin	65	STRIBILD	12	telmisartan-amlodipine	42
sevelamer carbonate	49	STRIVERDI RESPIMAT	70	telmisartan-hydrochlorothiazid	
sharobel	64	SUCRAID	57	.....	42
SHINGRIX (PF).....	59	sucrafate	57	TENIVAC (PF)	59
SIGNIFOR	23	sulfacetamide sodium	67	tenofovir disoproxil fumarate	
sildenafil (pulmonary arterial hypertension).....	70	sulfacetamide sodium (acne) 46		.....	12
silver sulfadiazine.....	46	sulfacetamide-prednisolone..	67	TEPMETKO.....	24
simvastatin.....	44	sulfadiazine.....	18	terazosin.....	42
sirolimus	23	sulfamethoxazole-trimethoprim		terbinafine hcl	10
SIRTURO.....	16	.....	18	terbutaline	70
SKYRIZI	45	sulfasalazine	57	terconazole.....	64
sodium chloride	50	sulindac.....	33	TERIPARATIDE	61
sodium chloride 0.45 %.....	72	sumatriptan	30	testosterone	54, 55
sodium chloride 0.9 %.....	49	sumatriptan succinate	30	testosterone cypionate	54
sodium chloride 3 %		sunitinib.....	24	testosterone enanthate.....	54
hypertonic.....	72	syeda	66	TETANUS,DIPHThERIA	
sodium chloride 5 %		SYMBICORT.....	70	TOX PED(PF)	59
hypertonic.....	72	SYMDEKO	70	tetrabenazine.....	31
sodium phenylbutyrate	50	SYMJEPI.....	68	tetracycline	18
sodium polystyrene sulfonate		SYMPAZAN	28	THALOMID.....	24
.....	50	SYMTUZA.....	12	THEO-24	71
SOLQUA 100/33	53	SYNAREL.....	54	theophylline	71
SOLTAMOX.....	23	SYNJARDY	53	thioridazine	38
SOMATULINE DEPOT	23	SYNJARDY XR.....	53	thiothixene	38
SOMAVERT	54	SYNRIBO	24	tiadylt er.....	42
sorafenib	24	T		tiagabine	28
sorine	39, 40	TABLOID	24	TIBSOVO.....	24
sotalol	40	TABRECTA.....	24		
		tacrolimus	24, 46		

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

TICOVAC	59	tri-lo-sprintec	66	VENCLEXTA STARTING	
tigecycline	16	trimethoprim	18	PACK	25
tilia fe.....	66	trimipramine	39	venlafaxine	39
timolol maleate.....	42, 66	TRINTELLIX.....	39	verapamil	42
tinidazole	16	tri-sprintec (28).....	66	VERSACLOZ.....	39
TIVICAY	12	TRIUMEQ.....	13	VERZENIO	25
TIVICAY PD	13	TRIUMEQ PD.....	13	vestura (28).....	66
tizanidine	31	trivora (28).....	66	V-GO 20	61
tobramycin.....	16, 66	TRIZIVIR.....	13	V-GO 30	61
tobramycin in 0.225 % nacl .	16	TROPHAMINE 10 %	73	V-GO 40	61
tobramycin sulfate	16	tropium.....	71	vienva	66
tobramycin-dexamethasone..	67	TRULANCE.....	57	vigabatrin.....	28
tolterodine.....	71	TRULICITY	53	vigadrone	28
tolvaptan	55	TRUMENBA.....	59	VIIBRYD	39
topiramate.....	28	TRUSELTIQ	24	vilazodone.....	39
toremifene.....	24	TUKYSA.....	25	VIOKACE	57
torsemide	42	TURALIO	25	VIRACEPT.....	13
TOUJEO MAX U-300		TWINRIX (PF).....	59	VIREAD	13
SOLOSTAR	53	TYPHIM VI	59	VITRAKVI.....	25
TOUJEO SOLOSTAR U-300		U		VIVITROL	33
INSULIN.....	53	unithroid	55	VIZIMPRO.....	25
tramadol.....	33	UPTRAVI.....	42	VONJO	25
tramadol-acetaminophen	33	ursodiol	57	voriconazole	10
trandolapril	42	V		VOSEVI	13
tranexamic acid	64	valacyclovir	13	VOTRIENT	25
tranylcypromine	38	VALCHLOR	46	VRAYLAR.....	39
travasol 10 %	73	valganciclovir	13	VYNDAMAX	44
travoprost.....	67	valproic acid	28	W	
TRAZIMERA.....	24	valproic acid (as sodium salt)	28	warfarin.....	43
trazodone	38	.....	28	WELIREG	25
TRECTOR.....	16	valsartan.....	42	wixela inhub	71
TRELSTAR.....	24	valsartan-hydrochlorothiazide	42	X	
treprostinil sodium.....	42	.....	42	XALKORI	25
tretinoin (antineoplastic)	24	VALTOCO.....	28	XARELTO	43
tretinoin topical	46	vancomycin	16	XARELTO DVT-PE TREAT	
triamcinolone acetonide .	48, 50	vandazole.....	64	30D START.....	43
triamterene-hydrochlorothiazid	42	VAQTA (PF).....	59	XATMEP.....	25
.....	42	varenicline	50	XCOPRI	29
triderm	48	VARIVAX (PF)	59	XCOPRI MAINTENANCE	
trientine.....	50	VARUBI.....	57	PACK	29
tri-estarylla	66	VASCEPA.....	44	XCOPRI TITRATION PACK	
trifluoperazine	38	VECAMEYL	44	.....	29
trifluridine.....	66	velivet triphasic regimen (28)	66	XELJANZ.....	63
TRIKAFTA	71	.....	66	XELJANZ XR.....	63
tri-legest fe.....	66	VEMLIDY.....	13	XERMELO.....	25
tri-lo-estarylla.....	66	VENCLEXTA	25	XGEVA	19

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

XIFAXAN.....	16	YONSA	26	ziprasidone mesylate	39
XIGDUO XR.....	53, 54	yuvaferm	64	ZIRABEV	26
XIIDRA	67	Z		ZIRGAN	66
XOLAIR.....	71	zafemy	64	ZOLINZA.....	26
XOSPATA	25	zafirlukast	71	zolpidem	39
XPOVIO.....	25	zaleplon	39	zonisamide	29
XTANDI.....	25, 26	ZEJULA	26	zovia 1-35 (28)	66
xulane	64	ZELBORAF	26	ZYDELIG.....	26
XYREM	39	zenatane	46	ZYKADIA.....	26
Y		zidovudine	13	ZYPREXA RELPREVV	39
YF-VAX (PF).....	59	ziprasidone hcl.....	39		

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 08/18/2022.

Este formulario resumido se actualizó el 08/18/2022. No hemos realizado cambios en este formulario resumido desde 08/14/2021. 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 CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) Servicio al miembros al 1-844-282-3026. Los usuarios de TTY, deben llamar al 711, 8 a.m.-8 p.m., hora local, siete días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. - 8 p.m. hora local, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite christushealthplan.org.

