



Formulary

LIST OF COVERED DRUGS OR “DRUG LIST”

PLEASE READ:

This document contains information about the drugs we cover in this plan. This formulary was updated on 12/01/2025. For more recent information or other questions, please contact Doctors HealthCare Plans Member Services Department at (786) 460-3427 or toll-free at (833) 342-7463 (TTY users should call 711), Monday through Sunday 8AM to 8PM ET, or visit www.doctorshcp.com.

Important Message About What You Pay for Vaccines

Our plan covers most Part D vaccines at no cost to you. Call Member Services for more information.

Important Message About What You Pay for Insulin

You won't pay more than \$35 for a one-month supply of each insulin product covered by our plan, no matter what cost-sharing tier it's on.

Formulario

LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS O “LISTA DE MEDICAMENTOS”

LEA LO SIGUIENTE:

Este documento contiene información acerca de los medicamentos que cubrimos en este plan. Este formulario se actualizó el 1 de diciembre del 2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Doctors HealthCare Plans Departamento de Servicios al Asociado al (786) 460-3427 o al número de teléfono gratuito (833) 342-7463 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), lunes a domingo 8AM hasta 8PM ET, o visite www.doctorshcp.com.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a nuestro Departamento de Servicios al Asociado para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costos compartidos se encuentre.

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

When this Drug List (Formulary) refers to “we,” “us”, or “our,” it means Doctor’s HealthCare Plans, Inc. When it refers to “plan” or “our plan,” it means Doctor’s HealthCare Plans, Inc.

This document includes a Drug List (formulary) for our plan which is current as of 12/1/2025. For an updated Drug List (formulary), please contact us. Our contact information, along with the date we last updated the Drug List (formulary), appears on the front and back cover pages.

You must generally use network pharmacies to use your prescription drug benefit. Benefits, formulary, pharmacy network, and/or copayments/coinsurance may change on January 1, 2025, and from time to time during the year.

What is the Doctors HealthCare Plans, Inc. formulary?

In this document, we use the terms Drug List and formulary to mean the same thing. A formulary is a list of covered drugs selected by the Plan in consultation with a team of health care providers, which represents the prescription therapies believed to be a necessary part of a quality treatment program. The Plan will generally cover the drugs listed in our formulary as long as the drug is medically necessary, the prescription is filled at a Doctor’s HealthCare Plans, Inc. network pharmacy, and other plan rules are followed. For more information on how to fill your prescriptions, please review your Evidence of Coverage.

Can the formulary change?

Most changes in drug coverage happen on January 1, but we may add or remove drugs on the formulary during the year, move them to different cost-sharing tiers, or add new restrictions. We must follow the Medicare rules in making these changes. Updates to the formulary are posted monthly to our website here: <https://www.doctorshcp.com/2025druglist/>.

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

- **Immediate substitutions of certain new versions of brand name drugs and original biological products.** We may immediately remove a drug from our formulary if we are replacing it with a certain new version of that drug that will appear on the same or lower cost-sharing tier and with the same or fewer restrictions. When we add a new version of a drug to our formulary, we may decide to keep the brand-name drug or original biological product on our formulary, but immediately move it to a different cost-sharing tier or add new restrictions.

We can make these immediate changes only if we are adding a new generic version of a brand name drug, or adding certain new biosimilar versions of an original biological product, that was already on the formulary (for example, adding an interchangeable biosimilar that can be substituted for an original biological product by a pharmacy without a new prescription). If you are currently taking the brand name drug or original biological product, we may not tell you in advance before we make an immediate change, but we will later provide you with information about the specific change(s) we have made.

If we make such a change, you or your prescriber can ask us to make an exception and continue to cover for you the drug that is being changed. For more information, see the section below titled “How do I request an exception to the Doctors HealthCare Plans, Inc.’s Formulary?”

Some of these drug types may be new to you. For more information, see the section below titled “What are original biological products and how are they related to biosimilars?”

- **Drugs removed from the market.** If a drug is withdrawn from sale by the manufacturer or the Food and Drug Administration (FDA) determines to be withdrawn for safety or effectiveness reasons, we may immediately remove the drug from our formulary and later provide notice to members who take the drug.
- **Other changes.** We may make other changes that affect members currently taking a drug. For instance, we may remove a brand name drug from the formulary when adding a generic equivalent or remove an original biological product when adding a biosimilar. We may also apply new restrictions to the brand-name drug or original biological product, or move it to a different cost-sharing tier, or both. We may make changes based on new clinical guidelines. If we remove drugs from our formulary, add prior authorization, quantity limits and/or step therapy restrictions on a drug, or move a drug to a higher cost-sharing tier, we must notify affected members of the change at least 30 days before the change becomes effective. Alternatively, when a member requests a refill of the drug, they may receive a 30-day supply of the drug and notice of the change.

If we make these other changes, you or your prescriber can ask us to make an exception for you and continue to cover the drug you have been taking. The notice we provide you will also include information on how to request an exception, and you can also find information in the section below entitled “How do I request an exception to the Doctor’s Health Care Plans, Inc’s Formulary?”

Changes that will not affect you if you are currently taking the drug. Generally, if you are taking a drug on our 2025 formulary that was covered at the beginning of the year, we will not discontinue or reduce coverage of the drug during the 2025 coverage year except as described above. This means these drugs will remain available at the same cost sharing and with no new restrictions for those members taking them for the remainder of the coverage year. You will not get direct notice this year about changes that do not affect you. However, on January 1 of the next year, such changes would affect you, and it is important to check the formulary for the new benefit year for any changes to drugs.

The enclosed formulary is current as of 12/1/2025. To get updated information about the drugs covered by the Plan please contact us. Our contact information appears on the front and back cover pages.

If any other type of approved formulary change (non-maintenance change) is made during the year, we will notify you by sending you a list of these changes.

How do I use the Formulary?

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

Medical Condition

The formulary begins on page 26. The drugs in this formulary are grouped into categories depending on the type of medical conditions that they are used to treat. For example, drugs used to treat a heart condition are listed under the category, Cardiovascular Agents. If you know what your drug is used for, look for the category name in the list that begins on page 24. Then look under the category name for your drug.

Alphabetical Listing

If you are not sure what category to look under, you should look for your drug in the Index that begins on page I-1. The Index provides an alphabetical list of all of the drugs included in this document. Both brand name drugs and generic drugs are listed in the Index. Look in the Index and find your drug. Next to your drug, you will see the page number where you can find coverage information. Turn to the page listed in the Index and find the name of your drug in the first column of the list.

What are generic drugs?

The Plan covers both brand-name drugs and generic drugs. A generic drug is approved by the FDA as having the same active ingredient as the brand-name drug. Generally, generic drugs work just as well as and usually cost less than brand-name drugs. There are generic drug substitutes available for many brand name drugs. Generic drugs usually can be substituted for the brand name drug at the pharmacy without needing a new prescription, depending on state laws.

What are original biological products and how are they related to biosimilars?

On the formulary, when we refer to drugs, this could mean a drug or a biological product. Biological products are drugs that are more complex than typical drugs. Since biological products are more complex than typical drugs, instead of having a generic form, they have alternatives that are called biosimilars. Generally, biosimilars work just as well as the original biological product and may cost less. There are biosimilar alternatives for some original biological products. Some biosimilars are interchangeable biosimilars and, depending on state laws, may be substituted for the original biological product at the pharmacy without needing a new prescription, just like generic drugs can be substituted for brand name drugs.

- For discussion of drug types, please see the Evidence of Coverage, Chapter 5, Section 3.1, “The ‘Drug List’ tells which Part D drugs are covered.”

Are there any restrictions on my coverage?

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

- **Prior Authorization:** Doctors HealthCare Plans, Inc. requires you [or your prescriber] to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval from the Plan before you fill your prescriptions. If you don’t get approval, we may not cover the drug.

- **Quantity Limits:** For certain drugs, Doctors HealthCare Plans, Inc. limits the amount of the drug that the Plan will cover. For example, the Plan provides 30 tablets per prescription for *atorvastatin*. This may be in addition to a standard one-month or three-month supply.
- **Step Therapy:** In some cases, the Plan requires you to first try certain drugs to treat your medical condition before we will cover another drug for that condition. For example, if Drug A and Drug B both treat your medical condition, the Plan may not cover Drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, the Plan will then cover Drug B.

You can find out if your drug has any additional requirements or limits by looking in the formulary that begins on page 26. You can also get more information about the restrictions applied to specific covered drugs by visiting our website. We have posted online documents that explain our prior authorization and step therapy restrictions. You may also ask us to send you a copy. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

You can ask us to make an exception to these restrictions or limits or for a list of other, similar drugs that may treat your health condition. See the section, “How do I request an exception to the Doctors HealthCare Plan’s formulary?” on page 4 for information about how to request an exception.

What if my drug is not on the Formulary?

If your drug is not included in this formulary (list of covered drugs), you should first contact Member Services and ask if your drug is covered. For more information, please contact us. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

If you learn that we do not cover your drug, you have two options:

You can ask Member Services for a list of similar drugs that are covered by the Plan. When you receive the list, show it to your doctor and ask them to prescribe a similar drug that is covered by us.

- You can ask the Plan to make an exception and cover your drug. See below for information about how to request an exception.

How do I request an exception to the Doctors HealthCare Plans, Inc.’s Formulary?

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

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

Generally, we will only approve your request for an exception if the alternative drugs included on the plan's formulary, [the lower cost-sharing drug,] or applying the restriction would not be as effective for you and/or would cause you to have adverse effects.

You or your prescriber should contact us to ask for a tiering or, formulary exception, including an exception to a coverage restriction. **When you request an exception, your prescriber will need to explain the medical reasons why you need the exception.** Generally, we must make our decision within 72 hours of getting your prescriber's supporting statement. You can ask for an expedited (fast) decision if you believe, and we agree, that your health could be seriously harmed by waiting up to 72 hours for a decision. If we agree, or if your prescriber asks for a fast decision, we must give you a decision no later than 24 hours after we get your prescriber's supporting statement.

What can I do if my drug is not on the formulary or has a restriction?

As a new or continuing member in our plan you may be taking drugs that are not on our formulary. Or, you may be taking a drug that is on our formulary but has a coverage restriction, such as prior authorization. You should talk to your prescriber about requesting a coverage decision to show that you meet the criteria for approval, switching to an alternative drug that we cover, or requesting a formulary exception so that we will cover the drug you take. While you and your doctor determine the right course of action for you, we may cover your drug in certain cases during the first 90 days you are a member of our plan.

For each of your drugs that is not on our formulary or has a coverage restriction, we will cover a temporary 30-day supply. If your prescription is written for fewer days, we'll allow refills to provide up to a maximum 30-day supply of medication. If coverage is not approved, after your first 30-day supply, we will not pay for these drugs, even if you have been a member of the plan less than 90 days.

If you are a resident of a long-term care facility and you need a drug that is not on our formulary or if your ability to get your drugs is limited, but you are past the first 90 days of membership in our plan, we will cover a 31-day emergency supply of that drug while you pursue a formulary exception.

If you are in need of a one-time Transition Fill, or are prescribed a Non-Formulary drug as a result of a level of care change, you can be placed in transition via a National Council for Prescription Drug Plans (NCPDP) pharmacy submission clarification code (SCC) via manual override at the point of service (POS) or Doctors Health Care Plans, Inc. can also accommodate a one-time fill in these scenarios via a manual override at point-of-sale.

A level of care change may include:

- Enter long-term care facility from hospitals or other settings;
- Leave long-term care facility and return to the community;
- Discharge from a hospital to a home;
- End a skilled nursing facility stay covered under Medicare Part A (including pharmacy charges), and revert to coverage under Part D;
- Revert from hospice status to standard Medicare Part A and B benefits; and
- Discharge from a psychiatric hospital with medication regimens that are highly individualized.

If you are prescribed a drug that is not on the Plan's formulary or your ability to get your drugs is limited, you may request a one-time temporary supply to allow you time to discuss alternative treatment with your doctor or to pursue a formulary exception.

Doctors HealthCare Plans makes arrangements to continue to provide necessary Part D drugs to you via an extension of the transition period, on a case-by-case basis, to the extent that your exception request or appeal has not been processed by the end of the minimum transition period and until such time as a transition has been made (either through a switch to an appropriate formulary drug or a decision on an exception request). On a case-by-case basis, point-of-sale overrides can also be entered by the plan in order to provide continued coverage of the transition drug(s).

For more information

For more detailed information about your Plan's prescription drug coverage, please review your Evidence of Coverage and other plan materials.

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

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

Doctors HealthCare Plans, Inc. Formulary

The formulary below provides coverage information about the drugs covered by the Plan. If you have trouble finding your drug in the list, turn to the Index that begins on page I-1.

The first column of the chart lists the drug name. Brand name drugs are capitalized (e.g., ELIQUIS) and generic drugs are listed in lower-case italics (e.g., *metformin*).

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

Cost-Sharing for a one-month supply of a covered Part D prescription drug during the Initial Coverage Stage

	<i>PREFERRED GENERIC</i>	<i>GENERIC</i>	<i>PREFERRED BRANDS</i>	<i>NON-PREFERRED DRUGS</i>	<i>SPECIALTY</i>	<i>SUPPLEMENTAL DRUGS</i>
	Tier 1	Tier 2	Tier 3	Tier 4	Tier 5	Tier 6
DrMax (HMO) H4140-001	\$0	\$0	\$0	\$55*	33%*	\$0
DrPlus (HMO D-SNP) H4140-002	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
DrExtraCare (HMO C-SNP) H4140-004	\$0	\$0	\$20	\$55*	33%*	\$0
DrValue (HMO) H4140-005	\$0	\$0	\$47*	\$100*	33%*	\$0
DrMax-B (HMO) H4140-009	\$0	\$0	\$15	\$75*	33%*	\$0
DrPlus-B (HMO D-SNP) H4140-010	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
DrSelect (HMO) H4140-012	\$0	\$0	\$0	\$55*	33%*	\$0
DrFlex (HMO D-SNP) H4140-013	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
DrElite-B (HMO) H4140-014	\$0	\$0	\$45*	\$90*	33%*	\$0

*You won't pay more than \$35 for a one-month supply of each covered insulin product regardless of the cost-sharing tier.

- One-month cost shares are the same for Network Retail Pharmacy, Mail-Order Pharmacy and Long-Term Care Pharmacy.
- Tiers 1, 2 and 6 drugs are covered at \$0 copayment throughout all coverage stages of your benefit.
- **If you reach the Catastrophic Coverage Stage, you pay nothing for covered Part D drugs and for excluded drugs that are covered under our enhanced benefit.**
- A long-term supply (also called an “extended supply”) is available for all drugs in Tier 6 and certain drugs in Tiers 1-4. Drugs in Tiers 1-4 that are not available for long-term supply are indicated with “NDS” in the formulary. A long-term supply is not available for any drugs in Tier 5 - Specialty Tier.
- Drugs indicated with “**100 DS**” on the formulary can be filled for up to 100 days’ supply.
- Non-Formulary drugs approved via the Formulary Exception process will be subject to the Tier 5-Specialty Tier coinsurance.
- **Important:** The amount you pay will depend on if you qualify for low-income subsidy (LIS), also known as Medicare’s “Extra Help” program. Please refer to your Evidence of Coverage (EOC) for more information about this coverage and your LIS Rider for the specific amount you will pay. You may pay \$0.00-\$12.15 per prescription.
- **All Plans: Important Message About What You Pay for Insulin** - You won’t pay more than \$35 for a one-month supply (\$70 for a two-month supply or \$105 for a three-month supply) of each insulin product covered by our plan, no matter what cost-sharing tier it’s on and this is applicable throughout all stages of your benefit.
- **DrPlus (HMO D-SNP), DrPlus-B (HMO D-SNP), DrFlex (HMO D-SNP):** Your plan provides “Extra Help” with prescription drug costs. You have coverage of all medications for all Tiers at \$0 copayment throughout all your coverage stages.
- **Important Message About What You Pay for Vaccines** - Our plan covers most Adult Part D vaccines at no cost to you. Call Member Services for more information.
- **DrPlus (HMO D-SNP), DrPlus-B (HMO D-SNP), DrFlex (HMO D-SNP) FULL duals only (QMB+, SLMB+ and FBDE):** Your plan has a contract with the Medicaid agency to provide additional coverage for select drugs. These drugs are not normally covered in a Medicare prescription drug plan.
- **Preferred diabetic supplies** You pay a 0% coinsurance of the total cost of preferred diabetic supplies (glucometers, test strips, lancets, lancet devices and control solutions). Preferred Diabetic Supplies include: Abbott products: FreeStyle® Lite, FreeStyle® Freedom Lite, Precision Xtra and Trividia products: True Metrix. You pay a 20% coinsurance of the total cost for non-preferred glucometers and test strips. This will require a prior authorization. You pay a 20% coinsurance of the total cost for non-preferred lancets, lancet devices and control solutions. This will not require a prior authorization.
- **Continuous Blood Glucose Monitors (CBGM):** You pay 0% coinsurance of the total cost for Preferred Continuous Blood Glucose Monitors (CBGM). A prior authorization is not required. You must have insulin prescription history within the last 120-days. Preferred CBGMs include Freestyle®Libre, Dexcom G6 and Dexcom G7. You pay a 20% coinsurance of the total cost for non-preferred CBGM. This will require prior authorization and trial of a preferred CBGM.
- **Medicare Prescription Payment Plan (M3P):** You can opt in to the Medicare Prescription Payment Plan (M3P) in order to pay your out-of-pocket costs in monthly installments over the course of the plan year, instead of at the pharmacy.

Doctors HealthCare Plans, Inc. is an HMO plan with a Medicare contract and a contract with the State of Florida Agency for Health Care Administration. Enrollment in Doctors HealthCare Plans, Inc. depends on contract renewal.

Legend

Generic drugs are shown in lowercase italic (e.g., *metformin*). Brand-name drugs are shown in capital letters (e.g., ELIQUIS).

The Index provides an alphabetical list of all of the drugs included in this document. Both brand-name drugs and generic drugs are listed. Find your drug. Next to your drug, you will see the page number where you can find coverage information. Turn to the page listed in the Index and find the name of your drug in the first column of the list.

LEGEND	
TIER	NAME
1	Preferred Generics
2	Generics
3	Preferred Brands
4	Non-Preferred Drugs
5	Specialty
6	Supplemental Drugs

SYMBOL	NAME	DESCRIPTION
EC	Enhanced Drug Coverage	This prescription drug is not normally covered in a Medicare Prescription Drug Plan. The amount you pay when you fill a prescription for this drug does not count towards your total out-of-pocket drug costs (that is, the amount you pay does not help you qualify for catastrophic coverage). In addition, if you are receiving extra help to pay for your prescriptions, you will not get any extra help to pay for this drug.
NDS	Non-Extended Day Supply	This drug is limited to a 1-month supply per prescription.
PA	Prior Authorization	You (or your physician) are required to get prior authorization before you fill your prescription for this drug. Without prior approval, we may not cover this drug.
PA - B vs D	Prior Authorization - Part B vs. D	This prescription drug may be covered under Medicare Part B or D depending upon the circumstances. You (or your physician) are required to get prior authorization before you fill your prescription for this drug. Without prior approval, we may not cover this drug.
PA - New Starts	Prior Authorization – For New Starts Only	Prior authorization applies to new starts only. You (or your physician) are required to get prior authorization before you fill your prescription for this drug. Without prior approval, we may not cover this drug.
QL	Quantity Limits	There is a limit on the amount of this drug that is covered per prescription, or within a specific time frame.
ST	Step Therapy	In some cases, you may be required to first try certain drugs to treat your medical condition before we will cover another drug for that condition.
100 DS	100 Days' Supply	This drug can be filled for up to 100 days' supply.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 833-342-7463(TTY: 711) o hable con su proveedor.

Kreyòl Ayisyen ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib gratis tou. Rele nan 833-342-7463(TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.”

12/1/2025

DOSAGE FORM ABBREVIATION	DEFINITION	DOSAGE FORM ABBREVIATION	DEFINITION
8 hr	8 hour	mini lozenge	miniature lozenge
12 hr	12 hour	misc	miscellaneous
24 hr	24 hour	MP	Metered Pump
72 hr	72 hour	muco	mucous
act	activated	pak	packet
aero	aerosol	pack	packet
admin	administration	PCA	Patient Controlled Administration
ampul	ampule	pell	pellet
app	applicator	pk	package
appl	applicator	Powdr	powder
auto	automatic	pt	patient
cap	capsule	recon	reconstituted
chew	chewable	rel	release
CT	count	releas	release
comb	combo	soln	solution
del	delayed	sprinkl	sprinkle
delayed	delayed	susp	suspension
disinteg	disintegrating	suspen	suspension
disintegrat	disintegrating	syring	syringe
dose	dosage	tab	tablet
DR	delayed release	TD	transdermal
EC	Enteric-Coated	var	variable
emolnt	emollient	w/	with
ENFit	enteral feeding connector		
er	extended release		
ER	extended release		
ext	extended		
extnd	extended		
extend	extended		
gast	gastric		
HFA	hydrofluoroalkane		
hi	high		
IR	immediate release		
liqd	liquid		
loz	lozenge		
lo	low		
lozeng	lozenge		

Nota para los asociados 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 Doctors HealthCare Plans, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Doctors HealthCare Plans, Inc.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 1 de diciembre del 2025. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de Doctors HealthCare Plans, Inc.?

En este documento, usamos los términos Lista de medicamentos y formulario para significar lo mismo. Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por el Plan con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se considera que son parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, el Plan cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea medicamento necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de Doctors HealthCare Plans, Inc. y se cumpla con otras normas del Plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura (EOC).

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurren el 1 de enero, pero nosotros podríamos agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: <https://www.doctorshcp.com/2025druglist/>.

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

- **Sustituciones inmediatas de ciertas nuevas versiones de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo estamos reemplazando con una nueva versión determinada de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero moverlo inmediatamente a un nivel diferente de costos compartidos o agregar nuevas restricciones.

Podemos hacer estos cambios inmediatos solo si estamos agregando una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o agregando ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original, que ya estaba en el formulario (por ejemplo, agregando un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin una nueva receta).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

Si hacemos un cambio de este tipo, usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de Doctors HealthCare Plans, Inc.?"

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección titulada "¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?"

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) determina que se retira por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y luego notificar a los asociados que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los asociados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario al agregar un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original al agregar un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambos. Es posible que realicemos cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada en un medicamento, o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los asociados afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un asociado solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y un aviso del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción para usted y que continuemos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Doctor's Health Care Plans, Inc.?"

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2025 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025 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 asociados 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 el formulario del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto es vigente a partir del 1 de diciembre del 2025. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por el Plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Si se realiza cualquier otro tipo de cambio en el formulario aprobado (cambio que no sea de mantenimiento) durante el año, lo notificaremos enviándole una lista de dichos cambios.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 26. 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 Cardiovascular Agents. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 24. 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 I-1. 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?

El Plan 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. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

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

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

- Para una discusión sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, "La 'Lista de Medicamentos' indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos".

¿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:** Doctors HealthCare Plans, Inc. exige que usted [o su prescriptor] obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de el Plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- **Límites de cantidad:** para ciertos medicamentos, Doctors HealthCare Plans, Inc. limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, el Plan proporciona 30 tabletas por receta para *atorvastatin*. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** en algunos casos, Doctors HealthCare Plans, Inc. 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 el Plan no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces el Plan cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 26. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a nosotros 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 Doctors HealthCare Plans, Inc.?” en la página 16 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 el Departamento de Servicios al Asociado y preguntar si su medicamento está cubierto.

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

- Puede pedir al Departamento de Servicios al Asociado una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por el Plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nosotros.

- Puede solicitar que el Plan haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Doctors HealthCare Plans, Inc.?

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

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que renunciemos a una restricción de cobertura que incluya autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, el Plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que le eximamos del límite y cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría la cantidad que debe pagar por su medicamento.

Por lo general, solo aprobaremos su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, [el medicamento de menor costo compartido] o la aplicación de la restricción no serían tan efectivos para usted y/o le causarían efectos adversos.

Usted o su prescriptor deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción de nivel o de formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, su médico deberá explicarle las razones médicas por las que necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y estamos de acuerdo, que su salud podría verse seriamente perjudicada al esperar hasta 72 horas para recibir una decisión. Si estamos de acuerdo, o si su médico solicita una decisión rápida, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene una restricción?

Como asociado nuevo o continuo de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O bien, es posible que esté tomando un medicamento que está en nuestro formulario pero que tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con su médico sobre la posibilidad de solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios para la aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubrimos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el curso de acción adecuado para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días que sea asociado de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o que tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de hasta 30 días del medicamento. Después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido asociado 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 31 días mientras solicita la excepción al formulario.

Si está en la necesidad de un abastecimiento único de transición o le han recetado un medicamento que no está en la lista como resultado de un cambio de nivel del cuidado, podría ser colocado en transición por la vía del consejo nacional de planes para medicamentos recetados (NCPDP sigla en inglés) o por el código de clarificación de la farmacia (SCC sigla en inglés) o por la vía de anulación manual en el punto de servicio (POS) o Doctors Health Care Plans, Inc. también puede acomodar un relleno único en estos escenarios a través de una anulación manual en el punto de venta.

Un nivel de cambio de cuidado puede incluir:

- Ingresar a un centro de atención a largo plazo desde hospitales u otros entornos;
- Abandonar el centro de atención a largo plazo y regresar a la comunidad;
- Alta de un hospital a un hogar;
- Poner fin a una estancia en un centro de enfermería especializada cubierto por la Parte A de Medicare (incluidos los cargos de farmacia) y volver a la cobertura de la Parte D;
- Revertir del estado de hospicio a los beneficios estándar de Medicare Parte A y B; y
- Alta de un hospital psiquiátrico con regímenes de medicación altamente individualizados.

Si le recetan un medicamento que no está en nuestro formulario o su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, puede solicitar un suministro temporal de una sola vez para darle tiempo para discutir el tratamiento alternativo con su médico o para buscar una excepción.

Doctors HealthCare Plans hace arreglos para continuar su suministro de medicamentos necesarios de la Parte D mediante una extensión del periodo de transición, según el caso, en la medida en que la solicitud de excepción o apelación no haya sido procesada al final del período mínimo de transición y hasta el momento en que la transición se haya realizado (ya sea mediante el cambio a un medicamento en el formulario o a la decisión de un pedido de excepción). Sobre una base de caso por caso, las anulaciones de punto de venta también pueden ser ingresadas por el Plan con el fin de proporcionar una cobertura continua de los medicamentos de transición.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de su plan, revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Doctors HealthCare Plans, Inc., 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 Doctors HealthCare Plans

El formulario a continuación proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por Doctors HealthCare Plans. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página I-1.

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

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

Distribución de costos por un suministro de un mes de un medicamento recetado y cubierto de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial

	MEDICAMENTOS GENÉRICOS PREFERIDOS	MEDICAMENTOS GENÉRICOS	MEDICAMENTOS DE MARCA PREFERIDOS	MEDICAMENTOS NO PREFERIDOS	MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS	MEDICAMENTOS SUPLEMENTARIOS
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
DrMax (HMO) H4140-001	\$0	\$0	\$0	\$55*	33%*	\$0
DrPlus (HMO D-SNP) H4140-002	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
DrExtraCare (HMO C-SNP) H4140-004	\$0	\$0	\$20	\$55*	33%*	\$0
DrValue (HMO) H4140-005	\$0	\$0	\$47*	\$100*	33%*	\$0
DrMax-B (HMO) H4140-009	\$0	\$0	\$15	\$75*	33%*	\$0
DrPlus-B (HMO D-SNP) H4140-010	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
DrSelect (HMO) H4140-012	\$0	\$0	\$0	\$55*	33%*	\$0
DrFlex (HMO D-SNP) H4140-013	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
DrElite-B (HMO) H4140-014	\$0	\$0	\$45*	\$90*	33%*	\$0

*No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

- Farmacia de la red, Farmacia de venta por correo y Farmacia de centro de atención a largo plazo tienen la misma distribución de costos por suministro de un mes.
- Los medicamentos en el Nivel 1, 2 y 6 están cubiertos con \$0 copago a lo largo de todas las etapas de cobertura de su beneficio.
- **Si llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.**
- Un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") está disponible para todos los medicamentos en el Nivel 6 y ciertos medicamentos en los Niveles 1-4. Los medicamentos en los niveles 1-4 que no están disponibles para el suministro a largo plazo se indican con "NDS" en el formulario. No hay un suministro a largo plazo disponible para ningún medicamento en el Nivel 5 - Nivel de especialidad.
- Los medicamentos indicados con "100 DS" en el formulario se pueden surtir para un suministro de hasta 100 días.
- Los medicamentos que no están en el Formulario y que se aprueban a través del proceso de Excepción al Formulario estarán sujetos al coseguro del Nivel 5-Nivel de Especialidad.
- **Importante:** La cantidad que pague dependerá de si califica para el subsidio de bajos ingresos (LIS), también conocido como el programa de "Ayuda Adicional" de Medicare. Para obtener información más detallada acerca de la cobertura para medicamentos, lea su Evidencia de cobertura (EOC) y consulte su LIS Rider para conocer el monto específico que paga. Usted puede pagar \$0.00-\$12.15 por receta.
- **Todos los Planes: Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina** - No pagará más de \$ 35 por un suministro de un mes (\$ 70 por un suministro de dos meses o \$ 105 por un suministro de tres meses) de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costos compartidos se encuentre y es aplicable durante todas las etapas de su beneficio.
- **DrPlus (HMO-D-SNP), DrPlus-B (HMO D-SNP), DrFlex (HMO D-SNP):** Su plan proporciona "Ayuda adicional" con los costos de los medicamentos recetados. Usted tiene cobertura de \$0 copago para todos los medicamentos en todos los Niveles durante todas las etapas de su cobertura.
- **Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas-** nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para Adultos de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a nuestro Departamento de Servicios al Asociado para obtener más información.
- **DrPlus (HMO D-SNP), DrPlus-B (HMO D-SNP), DrFlex (HMO D-SNP) Solo Duales COMPLETOS (QMB+, SLMB+ and FBDE):** Su plan tiene un contrato con la agencia de Medicaid para proveer cobertura adicional para ciertos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare
- **Los suministros preferidos para diabéticos** Usted paga un coseguro del 0% del costo total de los suministros preferidos para diabéticos (glucómetros, tiras reactivas, lancetas, dispositivos de lanceta y soluciones de control). Los suministros preferidos para diabéticos incluyen: Productos Abbott: FreeStyle® Lite, FreeStyle® Freedom Lite, productos Precision Xtra y Trividia: True Metrix. Usted paga un coseguro del 20% del costo total de los glucómetros y tiras reactivas no preferidos. Esto requerirá una autorización previa. Usted paga un coseguro del 20% del costo total de las lancetas, los dispositivos de lanceta y las soluciones de control no preferidos. Esto no requerirá una autorización previa.

- **Los monitores continuos de glucosa en sangre (CBGM,** por sus siglas en inglés) Usted paga un coseguro del 0% del costo total de los monitores continuos de glucosa en sangre (CBGM) preferidos. No se requiere autorización previa. Debe tener un historial de prescripción de insulina dentro de los últimos 120 días. Los CBGM preferidos incluyen Freestyle® Libre, Dexcom G6 y Dexcom G7. Usted paga un coseguro del 20% del costo total de CBGM no preferido. Esto requerirá la autorización previa y el ensayo de un CBGM preferido.
- **Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (M3P):** Puede optar por el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (M3P) para pagar sus gastos de bolsillo en cuotas mensuales durante el transcurso del año del plan, en lugar de hacerlo en la farmacia.

Doctors HealthCare Plans, Inc. es un plan HMO con un contrato de Medicare y un contrato con la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud del Estado de Florida. La Afiliación en Doctors Health Care Plans, Inc. depende de la renovación del contrato.

Leyenda

Los medicamentos genéricos figuran en letra minúscula y cursiva (por ej., *metformin*). Los medicamentos de marca figuran en letra mayúscula (por ej., ELIQUIS).

El Índice brinda una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos se enumeran en el Índice. Encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento verá el número de página en la que puede encontrar información de cobertura. Vaya a la página que se enumera en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

LEYENDA	
NIVEL	NOMBRE
1	Genéricos preferidos
2	Genéricos
3	Medicamentos de marca preferidos
4	Medicamentos no preferidos
5	Medicamentos especializados
6	Medicamentos suplementarios

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
EC	Cobertura de medicamentos mejorada	Este medicamento con receta por lo general no está cubierto en un plan de medicamentos con receta de Medicare. El monto que paga cuando obtiene uno de estos medicamentos con receta no se tiene en cuenta en sus gastos de bolsillo totales de medicamentos (es decir, el monto que usted paga no lo ayuda a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.
GC	Cobertura durante el período sin cobertura	Proporcionamos cobertura adicional para este medicamento recetado durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.
NDS	No hay suministro extendido	Este medicamento está limitado a un suministro de un mes por receta.
PA	Autorización previa	Usted (o su médico) necesitará solicitar autorización previa antes de surtir su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos este medicamento.
PA - B vs D	Autorización previa – Parte B vs. D	Este medicamento recetado puede estar cubierto por Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias. Usted (o su médico) necesitará solicitar autorización previa antes de surtir su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos este medicamento.
PA - New Starts	Autorización previa - Sólo para nuevos inicios	La autorización previa se aplica solo a los nuevos inicios. Usted (o su médico) necesitará solicitar autorización previa antes de surtir su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos este medicamento.
QL	Límites de cantidad	Hay un límite en la cantidad de este medicamento que está cubierto por receta médica, o dentro de un marco de tiempo específico.
ST	Tratamiento escalonado	En algunos casos, es posible que deba probar primero ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección.
100 DS	Suministro para 100 días	Este medicamento se puede surtir para un suministro de hasta 100 días.

DOSAGE FORM ABBREVIATION	DEFINITION	DOSAGE FORM ABBREVIATION	DEFINITION
8 hr	8 horas	mini lozenge	pastilla en miniatura
12 hr	12 horas	misc	misceláneo
24 hr	24 horas	MP	bomba dosificadora
72 hr	72 horas	muco	mucoso
act	activado	pak	paquete
aero	aerosol	pack	paquete
admin	administración	PCA	administración controlada por el paciente
ampul	ampolla	pell	gránulo
app	aplicador	pk	paquete
appl	aplicador	Powdr	polvo
auto	automático	pt	paciente
cap	cápsula	recon	reconstituido
chew	masticable	rel	liberación
CT	conteo	releas	liberación
comb	combinación	soln	solución
del	retrasado	sprinkl	espolvorear
delayed	retrasado	susp	suspensión
disinteg	desintegrante	suspen	suspensión
disintegrat	desintegrante	syring	jeringa
dose	dosificación	tab	tableta
DR	liberación retardada	TD	transdérmico
EC	recubierto entérico	var	variable
emolnt	emoliente	w/	con
ENFit	conector de alimentación enteral		
er	liberación prolongada		
ER	liberación prolongada		
ext	extendido		
extnd	extendido		
extend	extendido		
gast	gástrico		
HFA	hidrofluoroalcano		
hi	alto		
IR	liberación inmediata		
liqd	líquido		
loz	pastilla		
lo	bajo		
lozeng	pastilla		

Table of Contents/Tabla de Contenido

Analgesics.....	26
Anesthetics	30
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents.....	31
Antianxiety Agents.....	32
Antibacterials	33
Anticancer Agents.....	41
Anticholinergic Agents	58
Anticonvulsants	58
Antidementia Agents	64
Antidepressants	65
Antidiabetic Agents.....	68
Antifungals.....	74
Antigout Agents.....	76
Antihistamines.....	76
Anti-Infectives (Skin And Mucous Membrane).....	77
Antimigraine Agents.....	77
Antimycobacterials	79
Antinausea Agents	79
Antiparasite Agents	80
Antiparkinsonian Agents.....	81
Antipsychotic Agents	83
Antivirals (Systemic).....	90
Blood Products/Modifiers/Volume Expanders.....	95
Caloric Agents	98
Cardiovascular Agents	100
Central Nervous System Agents	112
Contraceptives.....	115

Cough And Cold Products	120
Dental And Oral Agents	120
Dermatological Agents.....	120
Devices.....	125
Enzyme Replacement/Modifiers.....	178
Eye, Ear, Nose, Throat Agents.....	179
Gastrointestinal Agents	183
Genitourinary Agents	186
Heavy Metal Antagonists	187
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying	187
Immunological Agents	194
Inflammatory Bowel Disease Agents.....	206
Irrigating Solutions.....	207
Metabolic Bone Disease Agents	207
Miscellaneous Therapeutic Agents	208
Ophthalmic Agents	210
Replacement Preparations	212
Respiratory Tract Agents.....	215
Skeletal Muscle Relaxants	219
Sleep Disorder Agents.....	220
Vasodilating Agents	220
Vitamins And Minerals	221

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
Analgesics		
Analgesics, Miscellaneous		
<i>acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5 ml cup inner 300 mg-30 mg /12.5 ml</i>	1	NDS; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	NDS; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i>	4	NDS
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>butorphanol injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	4	NDS
<i>butorphanol nasal spray, non-aerosol 10 mg/ml</i>	2	NDS; QL (5 per 28 days)
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>codeine-bitalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 5-325 mg</i>	2	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	2	NDS; QL (240 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; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	4	PA; NDS; QL (120 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 37.5 mcg/hour, 62.5 mcg/hour, 75 mcg/hr</i>	4	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr</i>	2	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 87.5 mcg/hour</i>	5	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate oral capsule, oral only, er 12hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg</i>	4	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate oral tablet, oral only, ext. rel. 24 hr 100 mg, 120 mg</i>	5	NDS
<i>hydrocodone bitartrate oral tablet, oral only, ext. rel. 24 hr 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	3	NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	2	NDS; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 7.5-300 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-300 mg</i>	2	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	1	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	2	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	2	NDS
<i>hydromorphone (pf) injection syringe 1 mg/ml</i>	2	NDS
<i>hydromorphone injection solution 2 mg/ml</i>	2	NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>hydromorphone injection syringe 2 mg/ml</i>	2	NDS
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i>	2	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>morphine injection syringe 5 mg/ml</i>	2	NDS
<i>morphine intravenous solution 10 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morphine intravenous syringe 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	NDS; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	3	NDS
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i>	2	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	2	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>nalbuphine injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	4	NDS
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	4	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	2	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	2	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 100 mg</i>	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg</i>	2	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	4	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	2	NDS; QL (300 per 30 days)
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i>	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	1	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	2	QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	4	PA; QL (100 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/ Requisitos/Límites
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg</i>	4	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	2	NDS
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	2	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	NDS
<i>ibu oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	2	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	4	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>ketoprofen oral capsule 75 mg</i>	2	
<i>ketorolac injection solution 30 mg/ml (1 ml)</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	1	NDS; QL (20 per 30 days)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	NDS
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5 ml</i>	2	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg, 500 mg</i>	1	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	2	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	NDS
Anesthetics		
Local Anesthetics		

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>lidocaine (pf) injection solution 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i>	2	
<i>lidocaine hcl injection solution 20 mg/ml (2 %)</i>	2	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	2	NDS; QL (50 per 30 days)
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i>	1	NDS
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	2	NDS; QL (30 per 30 days)
LIDOTREX (WITH VITAMIN E) TOPICAL GEL 2 %	2	QL (30 per 30 days)

Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents

Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents

<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	2	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 8-2 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i>	1	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	2	
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	4	
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	4	QL (240 per 180 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>	4	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	4	NDS; QL (504 per 365 days)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 380 MG	5	NDS

Antianxiety Agents

Benzodiazepines

ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	3	NDS
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	1	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	1	NDS; QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	4	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	4	NDS; QL (300 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam 10 mg/2 ml carpject inner, sdv 5 mg/ml</i>	1	NDS
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	1	NDS; QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	1	NDS; QL (10 per 28 days)
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concent</i>	2	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	NDS; QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	1	NDS; QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	2	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	1	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	4	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
Antibacterials		
Aminoglycosides		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	2	NDS
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	5	PA; NDS; QL (235.2 per 28 days)
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i>	2	NDS
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	2	NDS
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	2	NDS
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	5	NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/ Requisitos/Límites
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	5	NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	5	PA - B vs D; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml</i>	2	NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	4	NDS
Antibacterials, Miscellaneous		
<i>bacitracin intramuscular recon soln 50,000 unit</i>	2	
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous recon soln 1 gram</i>	4	
CLINDAMYCIN 600 MG/50 ML-NS OUTER,SINGLE-USE	3	NDS
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	2	NDS
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml, 900 mg/50 ml</i>	2	NDS
CLINDAMYCIN IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 600 MG/50 ML	3	NDS
<i>clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml</i>	2	NDS
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	2	NDS
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i>	2	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i>	5	PA - B vs D; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg</i>	5	NDS
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	4	NDS
<i>lincomycin injection solution 300 mg/ml</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i>	4	NDS
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	5	NDS; QL (1800 per 30 days)
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	4	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	2	NDS
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>	2	NDS
<i>metronidazole oral tablet 250 mg</i>	2	NDS
<i>metronidazole oral tablet 500 mg</i>	1	NDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	1	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	2	NDS
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 500 mg, 750 mg</i>	2	NDS
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	4	NDS; QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	4	NDS; QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	4	PA; NDS; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
Cephalosporins		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg</i>	1	NDS
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	1	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml</i>	1	NDS
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	1	NDS
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	2	NDS
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	2	NDS
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	2	NDS
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	2	NDS
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	2	NDS
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	NDS
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	2	NDS
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	1	NDS
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	4	NDS
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>cefotetan injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	2	NDS
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	2	NDS
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	4	NDS
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	4	NDS
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	NDS
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	NDS
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 6 gram</i>	2	NDS
<i>ceftazidime injection recon soln 2 gram</i>	3	NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	2	NDS
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	NDS
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	2	NDS
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram</i>	2	NDS
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 7.5 gram</i>	2	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	NDS
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	NDS
<i>tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	3	NDS
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	5	NDS
Macrolides		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i>	2	NDS
<i>azithromycin oral packet 1 gram</i>	2	NDS
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	2	NDS
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	NDS
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	NDS
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	NDS
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	2	NDS
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	5	PA; NDS; QL (136 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NDS; QL (20 per 10 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg</i>	4	NDS
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i>	2	NDS
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i>	4	NDS
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	2	NDS
<i>erythromycin lactobionate intravenous recon soln 500 mg</i>	2	
<i>erythromycin oral capsule, delayed release (dr/ec) 250 mg</i>	2	NDS
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	NDS
<i>erythromycin oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	1	NDS
Miscellaneous B-Lactam Antibiotics		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram</i>	4	NDS
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	4	NDS
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i>	4	NDS
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	2	NDS
Penicillins		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	NDS
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	NDS
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	NDS
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	2	NDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	2	NDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	2	NDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	2	NDS
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	NDS
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	2	NDS
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i>	2	NDS
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K)	4	NDS
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	4	NDS
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	NDS
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	4	NDS
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	5	NDS
<i>oxacillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	4	NDS
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous piggyback 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml</i>	4	NDS
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i>	2	NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>penicillin g sodium injection recon soln 5 million unit</i>	2	NDS
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	NDS
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	NDS
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	2	NDS
Quinolones		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	NDS
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	2	NDS
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	2	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	2	NDS
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	4	NDS
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg</i>	1	NDS
<i>levofloxacin oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	NDS
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag suv, p/f, inner</i>	4	NDS
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	2	NDS
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i>	4	NDS
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	2	NDS
Sulfonamides		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	2	NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml</i>	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	2	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	NDS
Tetracyclines		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	2	NDS
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i>	2	NDS
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	NDS
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	1	NDS
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	NDS
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	2	NDS
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	NDS
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 75 mg</i>	4	NDS
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	NDS
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	5	NDS; QL (30 per 14 days)
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	NDS
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i>	5	NDS
Anticancer Agents		
Anticancer Agents		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i>	4	PA - New Starts; QL (120 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	5	PA - New Starts; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	1	
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (66 per 28 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i>	5	PA - New Starts; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg</i>	4	PA - New Starts

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (90 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA - New Starts; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml</i>	4	PA - B vs D
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	3	PA - B vs D
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	3	PA - B vs D
<i>cytarabine (pf) injection solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	2	
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>daunorubicin intravenous solution 5 mg/ml</i>	4	
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>doxorubicin intravenous recon soln 10 mg</i>	2	
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	4	PA - New Starts; QL (1 per 84 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	4	PA - New Starts; QL (1 per 112 days)
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	4	PA - New Starts; QL (1 per 168 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	4	PA - New Starts; QL (1 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	2	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	2	
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	3	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (4 per 365 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	4	PA - New Starts; QL (1 per 28 days)
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 500 mg/10 ml</i>	2	PA - B vs D
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i>	4	
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	4	PA - New Starts
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (224 per 28 days)
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (90 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	2	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (21 per 28 days)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (90 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	4	PA - New Starts; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	4	PA - New Starts; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA - New Starts; NDS; QL (240 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (28 per 28 days)
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	5	PA - New Starts; NDS; QL (280 per 28 days)
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML	3	PA - New Starts; QL (4 per 365 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA - New Starts; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA - New Starts; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA - New Starts; NDS; QL (63 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 5 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (600 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 7.5 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (420 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY (10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA - New Starts; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5	NDS
<i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	4	PA - New Starts; QL (1 per 84 days)
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	4	PA - New Starts

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (80 per 28 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (90 per 30 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (1 per 84 days)
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (1 per 112 days)
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (1 per 168 days)
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (1 per 28 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3)	5	PA - New Starts; NDS; QL (84 per 28 days)
LYTGOBI ORAL TABLET 16 MG/DAY (4 MG X 4)	5	PA - New Starts; NDS; QL (112 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
LYTGOBI ORAL TABLET 20 MG/DAY (4 MG X 5)	5	PA - New Starts; NDS; QL (140 per 28 days)
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5	PA - New Starts; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i>	5	NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	2	PA - New Starts
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (20 per 28 days)
<i>nelarabine intravenous solution 250 mg/50 ml</i>	5	NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	5	NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	5	PA - New Starts; NDS; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	5	PA - New Starts; NDS; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (14 per 28 days)
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (14 per 21 days)
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA - New Starts; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5	PA - New Starts; NDS; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	5	NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (8 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (360 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (224 per 28 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (240 per 30 days)
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	3	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	5	NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG	4	PA - New Starts; QL (1 per 84 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	4	PA - New Starts; QL (1 per 168 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 3.75 MG	4	PA - New Starts; QL (1 per 28 days)
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	5	NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (64 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (56 per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA - New Starts; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (42 per 28 days)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinblastine intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>vincasar pfs intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>vincristine intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>vinorelbine intravenous solution 50 mg/5 ml</i>	2	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA - New Starts; NDS; QL (300 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 300 MG	5	PA - New Starts; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 50 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	5	PA - New Starts; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5	PA - New Starts; NDS; QL (4 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA - New Starts; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA - New Starts; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA - New Starts; NDS
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (240 per 30 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA - New Starts; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (84 per 28 days)
Anticholinergic Agents		
Antimuscarinics/Antispasmodics		
<i>glycopyrrolate injection solution 0.2 mg/ml</i>	4	
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5 ml (0.2 mg/ml)</i>	4	
Anticonvulsants		
Anticonvulsants		
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	4	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	5	ST; NDS; QL (600 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	2	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	2	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg, 200 mg</i>	2	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	4	PA - New Starts; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	3	PA - New Starts; QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	4	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET, CHEWABLE 50 MG	4	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	4	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION 125 MG/5 ML	4	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	1	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA - New Starts; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	2	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	4	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	4	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA - New Starts; NDS; QL (360 per 30 days)
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5	PA - New Starts; NDS; QL (720 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	1	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i>	3	
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	4	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	4	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	2	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	2	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	4	PA - New Starts; QL (10 per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	4	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	PA - New Starts; QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	4	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	2	
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i>	4	PA - New Starts; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	2	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	4	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	1	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	2	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	2	
ROWEEPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 500 MG, 750 MG	3	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (2400 per 30 days)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	4	PA - New Starts; QL (480 per 30 days)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	4	PA - New Starts; QL (240 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	4	QL (60 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	QL (120 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	4	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg</i>	4	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i>	4	PA - New Starts; QL (480 per 30 days)
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	4	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	5	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1)	5	PA - New Starts; NDS; QL (56 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	5	PA - New Starts; NDS; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	4	PA - New Starts; NDS; QL (28 per 28 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	5	PA - New Starts; NDS; QL (28 per 28 days)
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	4	PA - New Starts; QL (900 per 30 days)
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA - New Starts; NDS; QL (1100 per 30 days)

Antidementia Agents

Antidementia Agents

<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	3	
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	4	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	4	PA; QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral tablets,dose pack 5-10 mg</i>	3	PA
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 4.5 mg, 6 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i>	4	QL (30 per 30 days)
Antidepressants		
Antidepressants		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 200 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 150 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	QL (600 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	4	PA - New Starts; QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	4	ST; NDS; QL (56 per 365 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>fluoxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 90 mg</i>	4	QL (4 per 28 days)
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg</i>	1	
<i>mirtazapine oral tablet 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	2	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	4	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	3	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	2	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i>	2	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	PA - New Starts
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	2	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>tranlycypromine oral tablet 10 mg</i>	4	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trazodone oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	4	ST; QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (14 per 14 days)
Antidiabetic Agents		
Antidiabetic Agents, Miscellaneous		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	3	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>liraglutide subcutaneous pen injector 0.6 mg/0.1 ml (18 mg/3 ml)</i>	3	PA; QL (9 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	100 DS; QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	100 DS; QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 750 mg</i>	1	100 DS; QL (60 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	100 DS; QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	100 DS; QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	100 DS; QL (60 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	100 DS; QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg</i>	1	100 DS; QL (60 per 30 days)
<i>pioglitazone oral tablet 30 mg, 45 mg</i>	1	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	3	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	2	100 DS; QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	100 DS; QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	100 DS; QL (240 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>saxagliptin oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 5-1,000 mg, 5-500 mg</i>	3	QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	5	PA; NDS; 100 DS; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	5	PA; NDS; 100 DS; QL (10.8 per 28 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	3	QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
Insulins		
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, HALF-UNIT 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply
HUMALOG KWIKPEN INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply
HUMALOG KWIKPEN INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100 SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (50-50)	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (50-50)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (75-25)	3	max \$35 copay per month supply
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (75-25)	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMALOG U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	3	max \$35 copay per month supply
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	3	max \$35 copay per month supply
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	3	max \$35 copay per month supply
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	3	max \$35 copay per month supply
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	3	max \$35 copay per month supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>insulin lispro protamin-lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (75-25)</i>	3	max \$35 copay per month supply
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i>	3	max \$35 copay per month supply
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen, half-unit 100 unit/ml</i>	3	max \$35 copay per month supply
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	3	max \$35 copay per month supply
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (18 per 28 days)
TRESIBA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
Sulfonylureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	1	100 DS; QL (240 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	1	100 DS; QL (120 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	100 DS; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	100 DS; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	1	100 DS
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	100 DS; QL (240 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	1	100 DS; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg</i>	1	100 DS; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg</i>	1	100 DS; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	100 DS; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	100 DS; QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg</i>	1	100 DS; QL (240 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 3 mg</i>	1	100 DS; QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 6 mg</i>	1	100 DS; QL (60 per 30 days)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg</i>	1	100 DS; QL (480 per 30 days)
<i>glyburide oral tablet 2.5 mg</i>	1	100 DS; QL (240 per 30 days)
<i>glyburide oral tablet 5 mg</i>	1	100 DS; QL (120 per 30 days)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg</i>	1	100 DS; QL (240 per 30 days)
<i>glyburide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	100 DS; QL (120 per 30 days)
Antifungals		
Antifungals		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	PA - B vs D; NDS
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	4	PA - B vs D; NDS
<i>caspofungin intravenous recon soln 50 mg</i>	4	
<i>caspofungin intravenous recon soln 70 mg</i>	4	NDS
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	2	NDS; QL (300 per 30 days)
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	2	NDS
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	2	NDS; QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	2	NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	1	NDS
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	4	QL (90 per 30 days)
<i>econazole nitrate topical cream 1 %</i>	4	NDS; QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	PA - B vs D; NDS
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	2	NDS
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	NDS
<i>fluconazole oral tablet 150 mg</i>	1	NDS
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	5	NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	2	NDS
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	4	NDS
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	4	NDS
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	4	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>ketconazole oral tablet 200 mg</i>	2	NDS
<i>ketconazole topical cream 2 %</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>ketconazole topical shampoo 2 %</i>	1	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	4	
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	2	
<i>naftifine topical cream 1 %</i>	4	QL (180 per 30 days)
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	1	QL (900 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	2	NDS
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	2	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	2	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	5	PA; NDS
<i>sulconazole topical solution 1 %</i>	4	
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	NDS; QL (84 per 180 days)
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i>	5	PA - B vs D; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	5	PA; NDS; QL (300 per 30 days)
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	4	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
Antigout Agents		
Antigout Agents, Other		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	3	ST; QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	2	
Antihistamines		
Antihistamines		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	1	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>cypheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	
<i>cypheptadine oral tablet 4 mg</i>	2	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	1	
Anti-Infectives (Skin And Mucous Membrane)		
Anti-Infectives (Skin And Mucous Membrane)		
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG	4	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	4	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	2	
Antimigraine Agents		
Antimigraine Agents		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	4	PA; QL (1 per 30 days)
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	5	PA; NDS; QL (24 per 28 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	5	PA; NDS; QL (8 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; NDS; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; NDS; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	3	PA; NDS; QL (3 per 30 days)
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	2	NDS; QL (40 per 28 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	2	NDS; QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	5	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	NDS; QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	2	NDS; QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer, sub</i>	4	NDS; QL (6 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation</i>	4	NDS; QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 5 mg/actuation</i>	4	NDS; QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i>	1	NDS; QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	NDS; QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i>	4	NDS; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i>	4	NDS; QL (6 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i>	4	NDS; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	4	NDS; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	4	QL (4 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/ Requisitos/Límites
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	3	NDS; QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	3	NDS; QL (6 per 30 days)
Antimycobacterials		
Antimycobacterials		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	2	NDS
<i>isoniazid injection solution 100 mg/ml</i>	4	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	4	NDS
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	NDS
PASER ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 4 GRAM	4	
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	NDS
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	2	NDS
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	2	NDS
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i>	4	NDS
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	NDS
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	4	NDS
Antinausea Agents		
Antinausea Agents		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	2	PA - B vs D; QL (2 per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	2	PA - B vs D; QL (1 per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	2	PA - B vs D; QL (8 per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	2	PA - B vs D; QL (6 per 30 days)
<i>compro rectal suppository 25 mg</i>	4	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	PA; QL (60 per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	4	PA - B vs D; QL (6 per 30 days)
<i>granisetron (pf) intravenous solution 100 mcg/ml</i>	2	
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	2	PA - B vs D; QL (30 per 30 days)
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	2	PA - B vs D; QL (450 per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	PA - B vs D
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	1	PA - B vs D
<i>palonosetron intravenous solution 0.25 mg/5 ml</i>	4	
<i>palonosetron intravenous syringe 0.25 mg/5 ml</i>	4	
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	2	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	4	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>promethegan rectal suppository 25 mg</i>	4	
<i>promethegan rectal suppository 50 mg</i>	2	
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	4	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>trimethobenzamide oral capsule 300 mg</i>	2	PA - B vs D
Antiparasite Agents		

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
Antiparasite Agents		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	5	NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	4	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	2	NDS
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</i>	2	NDS; QL (50 per 30 days)
<i>chloroquine phosphate oral tablet 500 mg</i>	2	NDS; QL (25 per 30 days)
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	NDS
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	2	NDS
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	2	NDS
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	5	NDS
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i>	4	NDS
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	1	NDS
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	4	NDS
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	2	PA; NDS; QL (42 per 7 days)
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	NDS
Antiparkinsonian Agents		
Antiparkinsonian Agents		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>benztropine injection solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>benztropine oral tablet 2 mg</i>	1	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	4	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	4	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	4	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	3	QL (300 per 30 days)
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	5	PA; NDS; QL (300 per 30 days)
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	2	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	3	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
RYTARY ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 48.75-195 MG	4	ST; QL (360 per 30 days)
RYTARY ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG, 61.25-245 MG	4	ST; QL (300 per 30 days)
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	
Antipsychotic Agents		
Antipsychotic Agents		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	5	NDS; QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	5	NDS; QL (1 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	5	NDS; QL (1 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	4	QL (900 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	4	QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NDS; QL (3.9 per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NDS; QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (2.4 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NDS; QL (3.2 per 28 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	4	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	2	QL (270 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	2	QL (135 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	4	PA - New Starts; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>	4	PA - New Starts; QL (180 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/ Requisitos/Límites
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 200 mg</i>	4	PA - New Starts; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE, DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	5	ST; NDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NDS; QL (0.75 per 28 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NDS; QL (1 per 28 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NDS; QL (1.5 per 28 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML	5	NDS; QL (2.25 per 28 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	5	NDS; QL (0.25 per 28 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NDS; QL (0.5 per 28 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS, DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2)	4	ST; NDS; QL (8 per 180 days)
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS, DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	4	ST; NDS; QL (12 per 180 days)
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS, DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2)	4	ST; NDS; QL (8 per 180 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	3	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	3	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	3	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	3	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	3	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	NDS; QL (7 per 365 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NDS; QL (10 per 365 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NDS; QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NDS; QL (1 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NDS; QL (1.5 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	4	QL (0.25 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NDS; QL (0.5 per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NDS; QL (0.88 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NDS; QL (1.32 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NDS; QL (1.75 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	NDS; QL (2.63 per 84 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	2	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/ Requisitos/Límites
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 5 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (90 per 30 days)
OPIPZA ORAL FILM 2 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	5	NDS; QL (1 per 28 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	4	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	5	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i>	4	QL (2 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i>	5	NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	2	QL (480 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 3 mg, 4 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA - New Starts; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE, DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	4	ST; NDS; QL (14 per 365 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	4	QL (6 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	PA - New Starts; QL (2 per 28 days)
Antivirals (Systemic)		
Antiretrovirals		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i>	2	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	4	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	3	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	5	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	5	NDS; QL (30 per 30 days)
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	2	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NDS
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG	5	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	4	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	4	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	5	NDS; QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	4	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 200-25-300 mg</i>	5	NDS; QL (30 per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	5	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	5	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5	NDS; QL (60 per 30 days)
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NDS; QL (60 per 30 days)
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	3	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET, CHEWABLE 100 MG, 25 MG	3	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML	4	QL (480 per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	3	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	2	
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	4	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i>	2	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	4	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	5	NDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	4	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg</i>	4	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NDS; QL (360 per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	5	NDS; QL (240 per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	QL (480 per 30 days)
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	3	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5	NDS; QL (60 per 30 days)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	3	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-TABLET PACK)	5	NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	3	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	3	QL (180 per 30 days)
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	4	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5	NDS; QL (60 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	2	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	2	
Antivirals, Miscellaneous		
<i>foscarnet intravenous solution 24 mg/ml</i>	3	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NDS; QL (360 per 30 days)
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	2	NDS; QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i>	2	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i>	2	NDS; QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	2	NDS; QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	2	NDS; QL (20 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	2	QL (11 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	2	NDS; QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	NDS; QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i>	2	NDS
Hcv Antivirals		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>ledipasvir-sofosbuvir oral tablet 90-400 mg</i>	5	PA; NDS
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i>	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
Interferons		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
Nucleosides And Nucleotides		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	4	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	4	PA - B vs D
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i>	4	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	2	NDS
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	4	NDS
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i>	5	NDS
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	3	
Blood Products/Modifiers/Volume Expanders		
Anticoagulants		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	3	NDS; QL (74 per 180 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	4	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i>	4	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	4	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i>	4	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i>	5	NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	4	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i>	5	NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	5	NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	2	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml</i>	3	QL (600 per 30 days)
<i>rivaroxaban oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>rivaroxaban oral tablet 15 mg, 2.5 mg</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	3	NDS; QL (102 per 365 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
Blood Formation Modifiers		

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg</i>	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg</i>	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg</i>	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 25 mg</i>	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT, 3,000 UNIT	5	PA; NDS; QL (24 per 28 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	5	PA; NDS
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS; QL (1.2 per 28 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS
NEUPOGEN INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML	5	PA; NDS; QL (14 per 30 days)
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS; QL (22.4 per 30 days)
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (14 per 30 days)
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS; QL (11.2 per 30 days)
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	4	PA; QL (14 per 30 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/2 ML	5	PA; NDS; QL (28 per 30 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (14 per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	3	PA; QL (14 per 30 days)
Hematologic Agents, Miscellaneous		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	2	
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	4	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
Platelet-Aggregation Inhibitors		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	1	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	3	
Caloric Agents		
Caloric Agents		
AMINOSYN II 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA - B vs D

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	4	PA - B vs D
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA - B vs D; NDS
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA - B vs D; NDS
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA - B vs D; NDS
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	4	PA - B vs D; NDS
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA - B vs D; NDS
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA - B vs D; NDS
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA - B vs D; NDS
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA - B vs D; NDS
<i>dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %</i>	1	PA - B vs D; NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	1	NDS
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	PA - B vs D; NDS
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	PA - B vs D; NDS
PREMASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA - B vs D; NDS
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	PA - B vs D; NDS
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA - B vs D; NDS
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA - B vs D; NDS
Cardiovascular Agents		
Alpha-Adrenergic Agents		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr</i>	3	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i>	3	QL (8 per 28 days)
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	4	QL (180 per 30 days)
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	5	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	4	
<i>methylodopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>methylodopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	2	
<i>methylodopate intravenous solution 250 mg/5 ml</i>	4	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	3	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
Angiotensin II Receptor Antagonists		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	100 DS; QL (60 per 30 days)
<i>candesartan oral tablet 32 mg</i>	1	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg</i>	1	100 DS; QL (60 per 30 days)
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	1	100 DS; QL (30 per 30 days)
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	100 DS; QL (30 per 30 days)
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	3	100 DS; QL (30 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG	3	QL (240 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	100 DS
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	1	100 DS; QL (60 per 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	1	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	100 DS
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	1	100 DS; QL (60 per 30 days)
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 50-12.5 mg</i>	1	100 DS; QL (60 per 30 days)
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan oral tablet 5 mg</i>	1	100 DS; QL (60 per 30 days)
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	3	100 DS; QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	1	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	3	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg</i>	1	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 80-12.5 mg</i>	1	100 DS; QL (60 per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	100 DS; QL (60 per 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	1	100 DS; QL (30 per 30 days)
Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	100 DS
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	100 DS
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	100 DS
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	1	100 DS
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	100 DS
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	1	100 DS
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	100 DS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	1	100 DS
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	100 DS
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	100 DS
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	100 DS
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	100 DS
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	100 DS
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	100 DS
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	100 DS
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	1	100 DS
Antiarrhythmic Agents		
<i>amiodarone intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	2	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	4	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	2	
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	3	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>procainamide injection solution 100 mg/ml, 500 mg/ml</i>	4	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	4	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	2	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	4	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	2	
Beta-Adrenergic Blocking Agents		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	
<i>carvedilol phosphate oral capsule, er multiphase 24 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	2	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	3	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>propranolol intravenous solution 1 mg/ml</i>	4	
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	2	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	2	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg</i>	2	
<i>sotalol oral tablet 80 mg</i>	1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
Calcium-Channel Blocking Agents		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>diltiazem 24hr er 360 mg cap once-a-day dosage</i>	3	
<i>diltiazem 24hr er 420 mg cap</i>	2	
<i>diltiazem hcl intravenous recon soln 100 mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	4	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 180 mg, 420 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg</i>	3	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 420 mg</i>	4	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	4	
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	2	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>verapamil intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	2	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	4	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	3	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
Cardiovascular Agents, Miscellaneous		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	4	PA; QL (600 per 30 days)
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg)</i>	1	QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>digitek oral tablet 250 mcg (0.25 mg)</i>	1	
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg)</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>digox oral tablet 250 mcg (0.25 mg)</i>	1	
<i>digoxin injection solution 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	4	
DIGOXIN ORAL SOLUTION 50 MCG/ML (0.05 MG/ML)	3	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	3	QL (4 per 30 days)
EPIPEN 2-PAK INJECTION AUTO-INJECTOR 0.3 MG/0.3 ML	4	QL (4 per 30 days)
<i>hydralazine injection solution 20 mg/ml</i>	4	
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i>	5	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>metirosine oral capsule 250 mg</i>	5	NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	3	QL (120 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
Dihydropyridines		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	2	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	1	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg</i>	3	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid oral tablet 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	2	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
<i>nicardipine intravenous solution 25 mg/10 ml</i>	4	
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	4	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	4	
Diuretics		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	2	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>chlorothiazide sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	4	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5 ML	4	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	2	
<i>torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	
Dyslipidemics		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	3	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	2	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	4	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	4	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	2	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	2	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-rosuvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-5 mg</i>	2	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	2	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 67 mg</i>	1	
<i>fenofibrate micronized oral capsule 200 mg, 43 mg</i>	2	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg</i>	2	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 48 mg</i>	1	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	1	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg</i>	2	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	3	100 DS; QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i>	3	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i>	3	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i>	3	QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	100 DS
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 750 mg</i>	4	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	2	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	1	100 DS
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i>	2	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	3	ST; QL (3.5 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	3	ST; QL (3 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	3	ST; QL (3 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	100 DS; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
Renin-Angiotensin-Aldosterone System Inhibitors		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	2	100 DS
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilators		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	2	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	
<i>nitroglycerin intravenous solution 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	4	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.6 mg</i>	2	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	2	
<i>nitroglycerin translingual spray, non-aerosol 400 mcg/spray</i>	4	
Central Nervous System Agents		
Central Nervous System Agents		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 25 mg, 40 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 6 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG	5	PA; NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	5	PA; NDS; QL (42 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	3	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral capsule,er biphasic 50- 50 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution 5 mg/5 ml</i>	4	QL (1800 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	5	PA; NDS; QL (14 per 7 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	5	PA; NDS; QL (120 per 365 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	1	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	4	
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i>	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 60 mg</i>	4	PA; QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	4	PA; QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	4	PA; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 18 mg (bx rating), 27 mg, 27 mg (bx rating), 54 mg, 54 mg (bx rating)</i>	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg, 36 mg (bx rating)</i>	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg</i>	4	PA; QL (180 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 2.5 mg, 5 mg</i>	4	PA; QL (90 per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	2	PA; QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	4	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	4	NDS; QL (110 per 365 days)
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML	5	PA; NDS; QL (600 per 30 days)
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i>	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
Contraceptives		
Contraceptives		
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>amethia oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	QL (91 per 84 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<i>ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	2	
<i>camrese lo oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>caziant (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>	2	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	2	
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	2	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	2	
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	2	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	2	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	4	
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>june1 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>june1 fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>june1 fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>june1 fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>leena 28 oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	2	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG	3	
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	2	
<i>lutra (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	2	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	3	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	
<i>nora-be oral tablet 0.35 mg</i>	2	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	3	QL (3 per 28 days)
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet,chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7), 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)</i>	2	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	2	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)</i>	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28), 0.25-0.035 mg</i>	2	
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>ocella oral tablet 3-0.03 mg</i>	2	
<i>pimtreea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	2	
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	2	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	2	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	2	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	2	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	2	
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>	2	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>zarah oral tablet 3-0.03 mg</i>	2	
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
Cough And Cold Products		
Cough And Cold Products		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	6	EC
Dental And Oral Agents		
Dental And Oral Agents		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	4	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	NDS
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	2	
Dermatological Agents		
Dermatological Agents, Other		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	4	PA; NDS
<i>acitretin oral capsule 22.5 mg</i>	4	PA
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	4	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	2	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	2	
<i>azelaic acid topical gel 15 %</i>	4	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	3	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	4	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene-betamethasone topical ointment 0.005-0.064 %</i>	4	QL (400 per 28 days)
<i>claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	PA; NDS
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>	5	NDS; QL (40 per 30 days)
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	2	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	2	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	2	QL (24 per 30 days)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg</i>	3	PA; NDS
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	5	NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	2	
REGNANEX TOPICAL GEL 0.01 %	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	4	QL (180 per 30 days)
SULFAMYLON TOPICAL CREAM 85 MG/G	4	
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 28 days)
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	PA; NDS
Dermatological Antibacterials		
<i>clindamycin phosphate topical gel 1 %</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical lotion 1 %</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>	2	NDS
<i>ery pads topical swab 2 %</i>	2	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>	4	NDS
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	4	NDS
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i>	2	NDS
<i>metronidazole topical gel 1 %</i>	4	NDS
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	4	NDS
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	2	QL (220 per 30 days)
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	3	
<i>ssd topical cream 1 %</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	4	
XEPI TOPICAL CREAM 1 %	4	
Dermatological Anti-Inflammatory Agents		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	4	
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	2	NDS; QL (100 per 30 days)
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	4	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i>	4	NDS; QL (100 per 30 days)
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	4	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	4	NDS; QL (118 per 30 days)
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	4	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i>	4	NDS; QL (236 per 30 days)
<i>clobetasol topical spray, non-aerosol 0.05 %</i>	4	NDS; QL (125 per 30 days)
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	4	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i>	4	NDS
<i>desonide topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	4	NDS
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>desoximetasone topical cream 0.25 %</i>	4	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical ointment 0.25 %</i>	4	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinolone 0.01% body oil</i>	4	
<i>fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %</i>	4	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	2	
<i>fluocinolone topical solution 0.01 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	4	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i>	4	NDS
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	2	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	4	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	4	
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	4	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	4	QL (100 per 30 days)
<i>prednicarbate topical cream 0.1 %</i>	2	
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	2	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	2	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	4	PA; QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
Dermatological Retinoids		
<i>adapalene topical gel 0.3 %</i>	2	PA
<i>adapalene topical solution 0.1 %</i>	2	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	3	PA; QL (120 per 30 days)
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	4	PA; NDS
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	4	PA; NDS
Scabicides And Pediculicides		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	4	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	2	NDS
Devices		
Devices		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
1ST TIER UNIFINE PNTIP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
1ST TIER UNIFINE PNTIP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
1ST TIER UNIFINE PNTIP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ABOUTTIME PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ALCOHOL 70% SWABS	1	PA; ST
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	1	PA; ST
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED	1	PA; ST
ALCOHOL WIPES TOPICAL PADS, MEDICATED	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/ Requisitos/Límites
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
AUTOSHIELD DUO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD INS SYR UF 0.3 ML 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD INS SYR UF 0.5 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD LO-DOSE ULTRA-FINE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD SINGLE USE SWAB	1	PA; ST
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE, MINI, HRI 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	1	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM	1	PA; ST
CURITY GAUZE PADS 2 X 2 "	1	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	PA; ST
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	1	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS 0.3 ML 31G 8MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM 29 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G 8MM 1/2 ML 29 X5/16 "	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM 1 ML 29 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 29	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
EXEL U100 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	1	PA; ST
GAUZE PADS 2"X2" STRL 2 X 2 "	1	PA; ST
GNP CLICKFINE 31G X 1/4" NDL 6MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
GNP CLICKFINE 31G X 5/16" NDL 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
GNP SIMPLI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
GNP ULT CMFRT 0.5 ML 29GX1/2" 1/2 ML 29	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 30 GAUGE	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
GS PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
GS PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSULIN SYR 0.5 ML 28G 12.7MM (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 12.7MM (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS SYRINGE 1 ML	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM (RX) 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
IV ANTISEPTIC WIPES	1	PA; ST
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	1	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	1	PA; ST
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"	1	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYR U-100 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MS INSULIN SYR 1 ML 31GX5/16" (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
NANO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
NOVOFINE 30 NEEDLE	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
NOVOTWIST NEEDLE 32 GAUGE X 1/5"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	PA; QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	PA; QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	PA; QL (15 per 30 days)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	PA; QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	PA; QL (15 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	PA; QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	4	PA; QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	PA; QL (15 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	QL (10 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PEN NEEDLE 31G X 1/4" HRI 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PEN NEEDLE 6MM 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PEN NEEDLES 5MM 31G 31GX5MM,STRL,MINI (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PREFPLS INS SYR 1 ML 30GX5/16" (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	1	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/ Requisitos/Límites
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/ Requisitos/Límites
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	1	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 30G 8MM (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE SAFETY 0.5 ML 29GX1/2 (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
ULTICARE SYR 0.3 ML 29G 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTIGUARD SAFE 0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTIGUARD SAFE 0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTIGUARD SAFE PACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTIGUARD SAFE PACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTIGUARD SAFE PACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTIGUARD SAFE PACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTIGUARD SAFE PACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
ULTIGUARD SAFEPAK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPAK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPAK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPAK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-FINE 0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-FINE 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-FINE PEN NDL 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-FINE SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-FINE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE SAFECONTROL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE SAFECONTROL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	1	PA; ST
V-GO 20 DEVICE	4	PA; QL (30 per 30 days)
V-GO 30 DEVICE	4	PA; QL (30 per 30 days)
V-GO 40 DEVICE	4	PA; QL (30 per 30 days)
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	1	PA; ST
Enzyme Replacement/Modifiers		
Enzyme Replacement/Modifiers		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	5	PA; NDS
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	3	NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	5	NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg</i>	5	PA; NDS
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i>	5	PA; NDS
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML	5	NDS
ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	3	NDS
Eye, Ear, Nose, Throat Agents		
Eye, Ear, Nose, Throat Agents, Miscellaneous		
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 137 mcg (0.1 %), 205.5 mcg (0.15 %)</i>	2	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	1	
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	2	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	2	QL (15 per 10 days)
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1.5 %</i>	2	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.2 %</i>	2	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
Eye, Ear, Nose, Throat Anti-Infectives Agents		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	2	
CILOXAN OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 %	4	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear) dropperette 0.2 %</i>	2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	3	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	1	QL (3.5 per 4 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	2	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	4	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	2	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	2	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	2	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 %	4	QL (3.5 per 7 days)
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	2	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
XDEMVY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	5	PA; NDS; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	4	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	4	
Eye, Ear, Nose, Throat Anti-Inflammatory Agents		

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i>	3	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i>	3	
DERMOTIC OIL OTIC (EAR) DROPS 0.01 %	3	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	1	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	3	
FLAREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 %	4	
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	1	QL (50 per 25 days)
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	2	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i>	1	QL (16 per 30 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %, 0.5 %</i>	2	QL (10 per 25 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i>	4	QL (20 per 365 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	4	
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	3	QL (60 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
XIIDRA OPTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	3	QL (60 per 30 days)
Gastrointestinal Agents		
Antiulcer Agents And Acid Suppressants		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	2	
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	2	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i>	2	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	2	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml</i>	1	
<i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	4	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i>	2	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	2	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	2	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg</i>	2	
<i>nizatidine oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg</i>	1	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	1	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole intravenous recon soln 40 mg</i>	2	NDS
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	1	NDS; QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i>	1	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	2	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral suspension 100 mg/ml</i>	4	
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	2	
Gastrointestinal Agents, Other		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	5	PA; NDS
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	3	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	1	
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	1	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5	PA; NDS
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i>	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	2	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	NDS; QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	3	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i>	2	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	3	QL (60 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	NDS
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
PYLERA ORAL CAPSULE 140-125-125 MG	4	PA; QL (120 per 10 days)
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram</i>	5	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	5	PA; NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram</i>	2	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	4	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	3	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	3	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
Laxatives		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML	3	NDS
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i>	1	NDS
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	1	NDS
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	1	NDS
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	2	NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM	3	NDS
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	3	NDS
Phosphate Binders		
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	4	
Genitourinary Agents		
Antispasmodics, Urinary		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>darifenacin oral tablet extended release 24 hr 15 mg, 7.5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	3	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>trospium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
Genitourinary Agents, Miscellaneous		

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	4	
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	2	
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i>	2	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	2	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
Heavy Metal Antagonists		
Heavy Metal Antagonists		
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	4	PA
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	3	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	3	
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying		
Androgens		
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HR	3	QL (30 per 30 days)
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	2	
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	2	QL (5 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	3	QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	4	QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	3	QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram), 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	4	QL (150 per 30 days)
Estrogens And Antiestrogens		
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR	4	QL (8 per 28 days)
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL 5 MG/ML	4	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>estradiol transdermal gel in metered-dose pump 1.25 gram/actuation</i>	3	
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	2	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	2	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	2	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	1	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
ESTRING VAGINAL RING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR)	4	QL (1 per 84 days)
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	1	
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG	4	
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	4	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	4	
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG	3	PA
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	4	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	4	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	4	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	4	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	2	
<i>yuvafer vaginal tablet 10 mcg</i>	4	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoids/Mineralocorticoids		
DEPO-MEDROL INJECTION SUSPENSION 20 MG/ML	4	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL DROPS 1 MG/ML	3	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	1	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	2	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 8 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 4 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i>	1	NDS
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg</i>	4	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	2	PA - B vs D
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	2	PA - B vs D
<i>prednisolone oral tablet 5 mg</i>	4	PA - B vs D
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	2	PA - B vs D
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	PA - B vs D
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA - B vs D
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	1	NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 100 MG/2 ML, 250 MG/2 ML	4	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	4	
Pituitary		
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10,000 UNIT	4	PA
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i>	4	
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	2	
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (1 per 84 days)
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (1 per 28 days)
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	PA; NDS; QL (1 per 90 days)
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED)	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA; NDS; QL (1 per 90 days)
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	4	PA - New Starts; QL (1 per 84 days)
NORDITROPIN FLEXPPO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	4	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NDS
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG	5	PA; NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (33 per 30 days)
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NDS
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML	5	NDS
Progestins		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	3	QL (1 per 84 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	3	PA - New Starts
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	4	PA - New Starts
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	2	
Thyroid And Antithyroid Agents		
<i>levothyroxine oral capsule 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	4	
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	
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	3	
<i>liothyronine intravenous solution 10 mcg/ml</i>	4	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	2	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	2	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	3	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
TIROSINT ORAL CAPSULE 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 13 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 37.5 MCG, 44 MCG, 50 MCG, 62.5 MCG, 75 MCG, 88 MCG	4	
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION 100 MCG/ML, 112 MCG/ML, 125 MCG/ML, 13 MCG/ML, 137 MCG/ML, 150 MCG/ML, 175 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 37.5 MCG/ML, 44 MCG/ML, 50 MCG/ML, 62.5 MCG/ML, 75 MCG/ML, 88 MCG/ML	4	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	4	
Immunological Agents		
Immunological Agents		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS; QL (3.6 per 28 days)
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS; QL (3.6 per 28 days)
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	PA; NDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG	4	PA - B vs D
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG	5	PA - B vs D; NDS
<i>auranofin oral capsule 3 mg</i>	3	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	2	PA - B vs D
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	2	PA - B vs D
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	5	PA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA - New Starts; NDS; QL (2 per 28 days)
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5	PA; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml</i>	2	PA - B vs D
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	PA - B vs D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	2	PA - B vs D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	2	PA - B vs D
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg</i>	4	PA - New Starts
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	PA - New Starts; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5	PA - New Starts; NDS
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	5	PA - New Starts; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %)	5	PA - New Starts; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	3	PA - New Starts
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	2	PA - B vs D
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>	2	PA - B vs D
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
IMOGAM RABIES-HT (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 150 UNIT/ML	3	
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	2	PA - B vs D

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	5	PA - B vs D; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	2	PA - B vs D
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i>	4	PA - B vs D
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	5	PA; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; NDS; QL (4 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	5	PA; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51)	5	PA; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	5	PA; NDS; QL (55 per 28 days)
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (19)	5	PA; NDS; QL (27 per 30 days)
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5	PA - New Starts; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA - B vs D
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA - B vs D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS; QL (360 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NDS
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	5	PA - B vs D; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	4	PA - B vs D
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	5	PA; NDS; QL (10 per 28 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS; QL (8.4 per 365 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS; QL (16.8 per 365 days)
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	5	PA; NDS
<i>tacrolimus 0.5 mg capsule (immediate release)</i>	2	PA - B vs D
<i>tacrolimus 1 mg capsule (immediate release)</i>	2	PA - B vs D
<i>tacrolimus 5 mg capsule (immediate release)</i>	4	PA - B vs D

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	2	PA - B vs D
<i>tacrolimus oral capsule 5 mg</i>	4	PA - B vs D
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2 ML	3	
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NDS
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; NDS
Vaccines		
ABRYSCO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	2	NDS; \$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	NDS
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	2	NDS; \$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	2	NDS; \$0 copay

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	2	NDS; \$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	2	NDS; \$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	2	NDS; \$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	2	NDS; \$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	2	NDS; \$0 copay
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	NDS
DENG VAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	3	
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	2	PA - B vs D; NDS; \$0 copay
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	2	PA - B vs D; NDS; \$0 copay
ENGRIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	2	PA - B vs D; NDS; \$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	2	NDS; \$0 copay; QL (1.5 per 84 days)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	2	NDS; \$0 copay; QL (1.5 per 84 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	2	NDS; \$0 copay
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	2	PA - B vs D; NDS; \$0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	NDS
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	2	PA - B vs D; NDS; \$0 copay
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	3	NDS
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	2	NDS; \$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	2	NDS; \$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	2	NDS; \$0 copay
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	3	NDS
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	2	NDS; \$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	2	NDS; \$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	2	NDS; \$0 copay

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/ Requisitos/Límites
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	2	
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	3	NDS
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	3	NDS
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) INTRAMUSCULAR KIT 0.5 ML	2	
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10-5 MCG	2	
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	2	
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	3	NDS
PENTACEL DTAP-IPV COMPNT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 62 DU/0.5 ML	3	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
PREHEVBRIQ (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	2	PA - B vs D; NDS; \$0 copay
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	2	\$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	3	NDS
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	3	NDS
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	3	NDS
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	2	PA - B vs D; NDS; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	2	PA - B vs D; NDS; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	2	PA - B vs D; NDS; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	3	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	3	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	3	NDS
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	2	NDS; \$0 copay; QL (2 per 365 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	2	NDS; \$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	2	NDS; \$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	2	NDS; \$0 copay
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML	2	NDS; \$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	2	NDS; \$0 copay
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	2	NDS; \$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	2	NDS; \$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	2	NDS; \$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	2	NDS; \$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	2	NDS; \$0 copay
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	2	NDS; \$0 copay; QL (2 per 365 days)
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT	2	
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	2	NDS; \$0 copay
Inflammatory Bowel Disease Agents		
Inflammatory Bowel Disease Agents		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i>	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i>	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	2	
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	4	
<i>budesonide oral tablet, delayed and ext. release 9 mg</i>	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	5	NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	1	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	4	QL (180 per 30 days)
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i>	4	ST; QL (240 per 30 days)
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i>	4	QL (240 per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i>	3	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml</i>	4	QL (1800 per 30 days)
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>	4	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	2	
Irrigating Solutions		
Irrigating Solutions		
LACTATED RINGERS IRRIGATION SOLUTION	3	
PHYSIOLYTE IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L	4	
PHYSIOSOL IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L	4	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	1	
Metabolic Bone Disease Agents		
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	2	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	2	QL (3.7 per 28 days)
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	2	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	2	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 60 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	5	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	4	
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	2	QL (1 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml)</i>	2	
<i>paricalcitol hemodialysis port injection solution 2 mcg/ml</i>	4	
PARICALCITOL HEMODIALYSIS PORT INJECTION SOLUTION 5 MCG/ML	4	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	2	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	5	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	3	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	3	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 5 mg</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec) 35 mg</i>	4	QL (4 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	5	PA; NDS; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg</i>	4	
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i>	4	PA; QL (100 per 365 days)
Miscellaneous Therapeutic Agents		
Miscellaneous Therapeutic Agents		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA - New Starts; NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION	3	
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	5	NDS
BOTOX INJECTION RECON SOLN 100 UNIT	4	PA; QL (4 per 90 days)
BOTOX INJECTION RECON SOLN 200 UNIT	5	PA; NDS; QL (2 per 90 days)
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	5	NDS
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	QL (90 per 30 days)
<i>glucagon emergency kit (human) injection recon soln 1 mg</i>	3	
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
ISTURISA ORAL TABLET 5 MG	5	PA; NDS; QL (360 per 30 days)
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i>	2	
<i>levocarnitine oral solution 1 gram/10 ml</i>	2	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	2	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	5	NDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	4	
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (240 per 30 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	3	QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	5	PA; NDS; QL (12 per 30 days)
Ophthalmic Agents		
Antiglaucoma Agents		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	3	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	2	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	2	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %</i>	3	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i>	3	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	3	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>dorzolamide-timolol (pf) ophthalmic (eye) dropperette 2-0.5 %</i>	2	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	2	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	1	
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	3	
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.125 %	4	NDS
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 1.25 %, 2 %, 4 %</i>	2	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	3	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	3	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	3	
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops, once daily 0.5 %</i>	4	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	4	
<i>timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i>	4	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
VYZULTA OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	4	QL (5 per 30 days)
Replacement Preparations		
Replacement Preparations		
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	2	NDS
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	2	NDS
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	2	NDS
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	2	NDS
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl intravenous parenteral solution</i>	2	NDS
<i>dextrose 5 %-lactated ringers intravenous parenteral solution</i>	2	
<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride intravenous parenteral solution</i>	2	NDS
<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride intravenous parenteral solution</i>	2	
ISOLYTE S IV SOLUTION-EXCEL SINGLE USE	4	NDS
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	NDS
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	NDS
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i>	2	NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>	2	NDS
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
PLASMA-LYTE 148 PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	NDS
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	NDS
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l</i>	2	PA - B vs D; NDS
<i>potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	2	PA - B vs D; NDS
<i>potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 10 meq/l</i>	2	PA - B vs D
<i>potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	2	PA - B vs D; NDS
<i>potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	2	PA - B vs D; NDS
<i>potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 20 meq/100 ml, 40 meq/100 ml</i>	1	PA - B vs D; NDS
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>	1	PA - B vs D; NDS
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 8 meq</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	3	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq, 20 meq</i>	2	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	2	PA - B vs D; NDS
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	2	NDS
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	2	NDS
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	2	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	1	NDS
<i>sodium chloride 0.45% soln viaflex, single use</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	1	NDS
<i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i>	1	NDS
<i>sodium chloride 3 % hypertonic intravenous parenteral solution 3 %</i>	1	NDS
<i>sodium chloride 5 % hypertonic intravenous parenteral solution 5 %</i>	1	NDS
<i>sodium chloride intravenous solution 2.5 meq/ml</i>	1	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
Respiratory Tract Agents		
Anti-Inflammatories, Inhaled Corticosteroids		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	3	QL (12 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	4	PA - B vs D; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	4	PA - B vs D; QL (60 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	3	QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 100 mcg/actuation, 50 mcg/actuation</i>	3	QL (120 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 250 mcg/actuation</i>	3	QL (240 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	3	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	3	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	3	QL (21.2 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days' Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	3	QL (60 per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION	3	QL (21.2 per 30 days)
Antileukotrienes		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	2	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
Bronchodilators		
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	2	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	2	QL (14 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	2	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml</i>	2	PA - B vs D; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %)</i>	1	PA - B vs D; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	2	PA - B vs D; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	
<i>albuterol sulfate oral tablet 4 mg</i>	3	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	3	
<i>aminophylline intravenous solution 250 mg/10 ml</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	3	QL (60 per 30 days)
<i>arformoterol inhalation solution for nebulization 15 mcg/2 ml</i>	4	PA - B vs D; QL (120 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	4	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	3	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	4	QL (8 per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation solution for nebulization 20 mcg/2 ml</i>	4	PA - B vs D; QL (120 per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	PA - B vs D; QL (312.5 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	2	PA - B vs D; QL (540 per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml</i>	4	PA - B vs D; QL (540 per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	4	PA - B vs D; QL (90 per 30 days)
<i>levalbuterol tartrate inhalation hfa aerosol inhaler 45 mcg/actuation</i>	2	QL (30 per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	4	QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	3	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	3	QL (30 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg</i>	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	2	
<i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i>	3	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	3	QL (60 per 30 days)
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	2	PA - B vs D; NDS
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	5	PA; NDS; QL (560 per 28 days)
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	2	PA - B vs D
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; QL (3 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	5	PA; NDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	4	PA; QL (30 per 30 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
Skeletal Muscle Relaxants		
Skeletal Muscle Relaxants		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>baclofen oral tablet 20 mg</i>	2	
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	4	NDS; QL (120 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	NDS
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	NDS
<i>orphenadrine citrate injection solution 30 mg/ml</i>	2	
<i>orphenadrine citrate oral tablet extended release 100 mg</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	
Sleep Disorder Agents		
Sleep Disorder Agents		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	3	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	3	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	4	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	5	PA; NDS; QL (540 per 30 days)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
Vasodilating Agents		
Vasodilating Agents		
<i>ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG</i>	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	5	PA; NDS; QL (224 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	EC; QL (4 per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	6	EC; QL (4 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	4	PA; QL (30 per 30 days)
Vitamins And Minerals		
Vitamins And Minerals		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	2	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	2	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	2	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution</i>	6	EC; QL (10 per 30 days)
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i>	6	EC
<i>fluoride (sodium) oral tablet 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	2	
<i>fluoride 0.5 mg tablet chew grape flavor (rx) 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid)</i>	2	
<i>fluoride 1 mg tablet chewable (rx) 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	2	
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	6	EC
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	2	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>ludent fluoride 0.25 mg tb chw d/f, chewable (rx) 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride)</i>	2	
<i>ludent fluoride 0.5 mg tb chew d/f, chewable (rx) 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid)</i>	2	
<i>ludent fluoride 1 mg tab chew d/f, chewable (rx) 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	2	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	2	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	2	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	2	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	2	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	2	
<i>o-cal prenatal oral tablet 15 mg iron- 1,000 mcg</i>	2	
<i>pnv 29-1 oral tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	2	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>	2	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	2	
<i>prenal true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg</i>	2	
<i>prenaisance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	2	
<i>prenaisance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	2	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	2	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	2	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>prenatal low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	2	
<i>preplus oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>pretab oral tablet 29-1 mg</i>	2	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	2	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>sodium fluoride 0.5 mg/ml drop (rx) 0.5 mg (1.1 mg sod.fluorid)/ml</i>	2	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	2	
<i>virt-c dha oral capsule 35-1-200 mg</i>	2	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	2	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	
<i>virt-pn plus oral capsule 28-1-300 mg</i>	2	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	2	
<i>vitafol nano oral tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	2	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	2	
<i>vp-pnv-dha oral capsule 28 mg iron- 1 mg-200 mg</i>	2	
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	2	
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 9, 10 and 11.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 21, 22 y 23.

EC- Enhanced Drug Coverage/ Cobertura de medicamentos mejorada • NDS- Non-Extended Day Supply/ No hay suministro extendido • PA- Prior Authorization/ Autorización previa • PA - B vs D- Prior Authorization - Part B vs. D/ Autorización previa – Parte B vs. D • PA - New Starts- Prior Authorization – For New Starts Only/ Autorización previa - Sólo para nuevos inicios • QL- Quantity Limits/ Límites de cantidad • ST- Step Therapy/ Tratamiento escalonado • 100 DS- 100 Days’ Supply/ Suministro para 100 días

12/01/2025

INDEX/ÍNDICE

1

1ST TIER UNIFINE PENTIPS
..... 125, 126

1ST TIER UNIFINE PENTIPS
PLUS..... 126

A

abacavir 90

abacavir-lamivudine 90

ABELCET..... 74

ABILIFY ASIMTUFII..... 83

ABILIFY MAINTENA 83

abiraterone..... 41

abirtega 41

ABOUTTIME PEN NEEDLE
..... 126

ABRYSVO (PF) 200

acamprosate 31

acarbose 68

acebutolol..... 104

acetaminophen-codeine 26

acetazolamide 210

acetazolamide sodium 210

acetic acid 179

acetylcysteine 218

acitretin 120

ACTEMRA 194

ACTEMRA ACTPEN 194

ACTHIB (PF)..... 200

ACTIMMUNE..... 208

acyclovir..... 95, 120

acyclovir sodium 95

ADACEL(TDAP

ADOLESN/ADULT)(PF) 200

adapalene 125

adefovir 95

ADEMPAS 220

ADVAIR HFA..... 215

ADVOCATE PEN NEEDLE

..... 127

ADVOCATE SYRINGES ... 126

AIMOVIG AUTOINJECTOR77

AKEEGA 42

ala-cort..... 122

albendazole 81

albuterol sulfate 216

alclometasone..... 122

ALCOHOL PADS 127

ALCOHOL PREP PADS.... 149

ALCOHOL PREP SWABS . 127

ALCOHOL SWABS 127

ALCOHOL WIPES..... 127

ALECENSA..... 42

alendronate 207

alfuzosin 187

aliskiren..... 111

allopurinol..... 76

alosetron..... 206

alprazolam 32

ALPRAZOLAM INTENSOL 32

ALUNBRIG 42

alyacen 1/35 (28) 115

alyq..... 220

amantadine hcl..... 81

ambrisentan..... 220

amethia..... 115

amikacin 33

amiloride 108

amiloride-hydrochlorothiazide

..... 108

aminophylline..... 216

AMINOSYN II 10 % 98

AMINOSYN-PF 7 %

(SULFITE-FREE)..... 99

amiodarone 103

amitriptyline 65

amlodipine..... 107

amlodipine-atorvastatin 109

amlodipine-benazepril..... 108

amlodipine-olmesartan 108

amlodipine-valsartan 108

amlodipine-valsartan-hcthiazid

..... 108

ammonium lactate 120

amoxapine 65

amoxicillin..... 38

amoxicillin-pot clavulanate.... 39

amphotericin b 74

ampicillin..... 39

ampicillin sodium 39

ampicillin-sulbactam 39

anagrelide 98

anastrozole 42

ANDRODERM 187

ANORO ELLIPTA 217

apraclonidine 179

aprepitant 79

apri 116

APTIVUS..... 90

AQINJECT PEN NEEDLE.. 127

aranelle (28)..... 116

ARCALYST..... 194

AREXVY (PF) 201

arformoterol 217

ARIKAYCE 33

aripiprazole 83

ARISTADA..... 84

ARISTADA INITIO 84

armodafinil 220

ARNUITY ELLIPTA..... 215

asenapine maleate 84

ashlyna 116

<i>aspirin-dipyridamole</i>	98	<i>bal-care dha</i>	221	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	102
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL.....	127	<i>bal-care dha essential</i>	221	BENLYSTA.....	195
ASSURE ID DUO-SHIELD	127	<i>balsalazide</i>	206	<i>benzonatate</i>	120
ASSURE ID INSULIN SAFETY	127, 128	BALVERSA.....	42	<i>benztropine</i>	81, 82
ASSURE ID PEN NEEDLE	128	<i>balziva (28)</i>	116	BESREMI	195
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE	128	BAQSIMI.....	209	<i>betaine</i>	209
ASTAGRAF XL	194	BCG VACCINE, LIVE (PF)	201	<i>betamethasone dipropionate</i>	122, 123
<i>atazanavir</i>	90	BD ALCOHOL SWABS	130	<i>betamethasone valerate</i>	123
<i>atenolol</i>	104	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	128	<i>betamethasone, augmented</i> ..	123
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	104	BD ECLIPSE LUER-LOK ..	128	BETASERON	113
<i>atomoxetine</i>	112	BD INSULIN SYRINGE....	128, 129	<i>betaxolol</i>	104, 210
<i>atorvastatin</i>	109	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT).....	128	<i>bethanechol chloride</i>	186
<i>atovaquone</i>	81	BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP	129	<i>bexarotene</i>	42
<i>atovaquone-proguanil</i>	81	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	128	BEXSERO.....	201
<i>atropine</i>	179	BD LO-DOSE ULTRA-FINE	129	<i>bicalutamide</i>	42
ATROVENT HFA	217	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	129	BICILLIN C-R	39
<i>aubra eq</i>	116	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	129, 130	BICILLIN L-A	39
AUGTYRO	42	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	129	BIKTARVY	90
<i>auranofin</i>	194	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	130	<i>bimatoprost</i>	210
AUSTEDO	112	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	130	<i>bisoprolol fumarate</i>	104
AUSTEDO XR	112	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	130	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	104
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	112, 113	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	130	<i>blisovi 24 fe</i>	116
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	128	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	130	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	116
AUVELITY	65	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT).....	130	BOOSTRIX TDAP	201
<i>aviane</i>	116	BD VEO INSULIN SYRINGE UF.....	130	BORDERED GAUZE.....	130
AVMAPKI-FAKZYNJA.....	42	<i>benazepril</i>	102	<i>bortezomib</i>	42
AYVAKIT	42			<i>bosentan</i>	221
<i>azathioprine</i>	195			BOSULIF	43
<i>azathioprine sodium</i>	195			BOTOX	209
<i>azelaic acid</i>	120			BRAFTOVI.....	43
<i>azelastine</i>	179			BREO ELLIPTA.....	215
<i>azithromycin</i>	37			BREZTRI AEROSPHERE ..	217
<i>aztreonam</i>	38			<i>briellyn</i>	116
B				<i>brimonidine</i>	210
<i>bacitracin</i>	34, 180			<i>brimonidine-timolol</i>	210
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	180			<i>brinzolamide</i>	210
<i>baclofen</i>	219			BRIVIACT	58, 59
				<i>bromfenac</i>	182
				<i>bromocriptine</i>	82

BRONCHITOL.....	218	CARETOUCH ALCOHOL		<i>chlorthalidone</i>	108
BRUKINSA	43	PREP PAD	131	<i>chlorzoxazone</i>	220
<i>budesonide</i>	206, 215	CARETOUCH INSULIN		CHOLBAM.....	184
<i>budesonide-formoterol</i>	215	SYRINGE	131, 132	<i>cholestyramine (with sugar)</i> ..	109
<i>bumetanide</i>	108	CARETOUCH PEN NEEDLE		<i>cholestyramine light</i>	109
<i>buprenorphine hcl</i>	26, 31	.....	131	CHORIONIC	
<i>buprenorphine-naloxone</i>	31	<i>carglumic acid</i>	184	GONADOTROPIN,	
<i>bupropion hcl</i>	65	<i>carisoprodol</i>	219	HUMAN.....	191
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	31	<i>carteolol</i>	210	<i>ciclopirox</i>	74
<i>buspirone</i>	209	<i>cartia xt</i>	105	<i>cilostazol</i>	98
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i>	26	<i>carvedilol</i>	104	CILOXAN.....	180
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>	26	<i>carvedilol phosphate</i>	104	CIMDUO.....	90
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	26	<i>caspofungin</i>	74	<i>cimetidine</i>	183
<i>butorphanol</i>	26	CAYSTON.....	38	<i>cimetidine hcl</i>	183
C		<i>caziant (28)</i>	116	<i>cinacalcet</i>	207
<i>cabergoline</i>	82	<i>cefaclor</i>	35, 36	<i>ciprofloxacin</i>	40
CABOMETYX	43	<i>cefadroxil</i>	36	<i>ciprofloxacin hcl</i>	40, 180
<i>calcipotriene</i>	121	<i>cefazolin</i>	36	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	40
<i>calcipotriene-betamethasone</i>	121	<i>cefdinir</i>	36	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	
<i>calcitonin (salmon)</i>	207	<i>cefepime</i>	36	.....	180
<i>calcitriol</i>	207	<i>cefixime</i>	36	<i>citalopram</i>	65
CALQUENCE	43	<i>cefotaxime</i>	36	<i>claravis</i>	121
CALQUENCE		<i>cefotetan</i>	36	<i>clarithromycin</i>	37
(ACALABRUTINIB MAL)		<i>cefoxitin</i>	36	CLENPIQ.....	185
.....	43	<i>cefpodoxime</i>	36	CLEOCIN	77
<i>camila</i>	116	<i>cefpimizil</i>	36	CLICKFINE PEN NEEDLE	
<i>camrese lo</i>	116	<i>ceftazidime</i>	36	.....	132, 145
<i>candesartan</i>	101	<i>ceftriaxone</i>	37	<i>clindamycin hcl</i>	34
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>		<i>cefuroxime axetil</i>	37	CLINDAMYCIN IN 0.9 %	
.....	101	<i>cefuroxime sodium</i>	37	SOD CHLOR	34
CAPLYTA	84	<i>celecoxib</i>	29	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ..	34
CAPRELSA	43	<i>cephalexin</i>	37	CLINDAMYCIN IN 5 %	
<i>captopril</i>	102	CERDELGA	178	DEXTROSE.....	34
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>		<i>cetirizine</i>	76	<i>clindamycin pediatric</i>	34
.....	102	<i>cevimeline</i>	120	<i>clindamycin phosphate</i>	34, 77,
<i>carbamazepine</i>	59	<i>chloramphenicol sod succinate</i>		121, 122	
<i>carbidopa</i>	82	.....	34	CLINIMIX 5%/D15W	
<i>carbidopa-levodopa</i>	82	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	32	SULFITE FREE	99
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>		<i>chlorhexidine gluconate</i>	120	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF	
.....	82	<i>chloroquine phosphate</i>	81	FREE	99
CAREFINE PEN NEEDLE 130,		<i>chlorothiazide sodium</i>	108	CLINIMIX 4.25%/D5W	
131		<i>chlorpromazine</i>	84	SULFIT FREE	99

CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	99	COMFORT TOUCH PEN NEEDLE	134, 135	DANZITEN.....	44
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE	99	<i>completenate</i>	221	<i>dapsone</i>	79
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	99	<i>compro</i>	79	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	201
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	99	COPIKTRA.....	44	<i>daptomycin</i>	34
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	99	CORLANOR.....	106	<i>darifenacin</i>	186
<i>clobazam</i>	59	COSENTYX	195	<i>darunavir</i>	90
<i>clobetasol</i>	123	COSENTYX (2 SYRINGES)	195	<i>dasatinib</i>	44
<i>clobetasol-emollient</i>	123	COSENTYX PEN (2 PENS).....	195	<i>daunorubicin</i>	44
<i>clomipramine</i>	65	COSENTYX UNOREADY PEN	195	DAURISMO	44
<i>clonazepam</i>	32	COTELLIC	44	<i>deblitane</i>	116
<i>clonidine</i>	100	CREON	178	<i>deferasirox</i>	187
<i>clonidine hcl</i>	100, 113	<i>cromolyn</i>	179, 184, 218	DELSTRIGO.....	90
<i>clopidogrel</i>	98	<i>cryselle (28)</i>	116	<i>demeclocycline</i>	41
<i>clorazepate dipotassium</i>	33	CURAD GAUZE PAD	135	DENG VAXIA (PF).....	201
<i>clotrimazole</i>	74, 75	CURITY ALCOHOL SWABS	135	DEPO-ESTRADIOL.....	188
<i>clotrimazole-betamethasone</i> ..	75	CURITY GAUZE	135	DEPO-MEDROL	189
<i>clozapine</i>	84, 85	<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	221	DEPO-SUBQ PROVERA 104	192
<i>c-nate dha</i>	221	<i>cyclobenzaprine</i>	220	DERMACEA	135
COARTEM.....	81	<i>cyclophosphamide</i>	44	DERMACEA NON-WOVEN	135
COBENFY	85	<i>cyclosporine</i>	182, 195	DERMOTIC OIL	182
COBENFY STARTER PACK	85	<i>cyclosporine modified</i>	195	DESCOVY	90
<i>codeine sulfate</i>	26	<i>cyproheptadine</i>	77	<i>desipramine</i>	65
<i>codeine-butalbital-asa-caff</i>	26	CYSTAGON.....	187	<i>desloratadine</i>	77
<i>colchicine</i>	76	<i>cytarabine (pf)</i>	44	<i>desmopressin</i>	191
<i>colesevelam</i>	110	D		<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> 116	
<i>colestipol</i>	110	<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	212	<i>desonide</i>	123
<i>colistin (colistimethate na)</i>	34	<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	212	<i>desoximetasone</i>	123
COMBIPATCH	188	<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	212	<i>desvenlafaxine succinate</i>	65
COMBIVENT RESPIMAT. 217		<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	212	<i>dexamethasone</i>	189
COMETRIQ.....	44	<i>dabigatran etexilate</i>	95	DEXAMETHASONE INTENSOL	189
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	132, 134	<i>dalfampridine</i>	113	<i>dexamethasone sodium phos (pf)</i>	189
COMFORT EZ PEN NEEDLES	132, 133	<i>danazol</i>	187	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	182, 190
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL.....	133	<i>dantrolene</i>	220	<i>dexmethylphenidate</i>	113
				<i>dextroamphetamine sulfate</i> ..	113
				<i>dextroamphetamine- amphetamine</i>	113

dextrose 10 % and 0.2 % nacl
 212
dextrose 10 % in water (d10w)
 99
dextrose 5 % in water (d5w) 100
dextrose 5 %-lactated ringers
 212
dextrose 5%-0.2 % sod chloride
 212
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride
 212
 DIACOMIT..... 59
diazepam 33, 59
diazepam intensol..... 33
diazoxide 209
diclofenac epolamine 29
diclofenac potassium..... 29
diclofenac sodium 29, 182
diclofenac-misoprostol..... 30
dicloxacillin..... 39
dicyclomine 184
didanosine 90
 DIFICID 37
diflunisal 30
difluprednate 182
digitek..... 106, 107
digox..... 107
digoxin..... 107
 DIGOXIN 107
dihydroergotamine 77
 DILANTIN 59
 DILANTIN INFATABS..... 59
 DILANTIN-125 59
diltiazem hcl 105, 106
dilt-xr..... 106
dimethyl fumarate 113, 114
 DIPENTUM..... 206
diphenhydramine hcl..... 77
diphenoxylate-atropine 184
disopyramide phosphate 103
disulfiram 31
 DIURIL 109

divalproex..... 59, 60
dofetilide..... 103
donepezil 64
dorzolamide..... 210
dorzolamide-timolol 211
dorzolamide-timolol (pf) 211
 DOVATO..... 90
doxazosin..... 100
doxepin 65
doxercalciferol 207
doxorubicin 44
doxy-100..... 41
doxycycline hyclate 41
doxycycline monohydrate..... 41
 DRIZALMA SPRINKLE 66
dronabinol 80
 DROPLET INSULIN
 SYR(HALF UNIT) .. 135, 136
 DROPLET INSULIN
 SYRINGE 136, 137
 DROPLET MICRON PEN
 NEEDLE 137
 DROPLET PEN NEEDLE.. 137,
 138
 DROPSAFE ALCOHOL PREP
 PADS 138
 DROPSAFE INSULIN
 SYRINGE 138, 139
 DROPSAFE PEN NEEDLE 139
drospirenone-ethinyl estradiol
 116
 DROXIA 98
droxidopa 100
duloxetine 66
 DUPIXENT PEN 195
 DUPIXENT SYRINGE 195
dutasteride..... 187
dutasteride-tamsulosin 187
E
 EASY COMFORT ALCOHOL
 PAD..... 140

EASY COMFORT INSULIN
 SYRINGE 139, 140, 141
 EASY COMFORT PEN
 NEEDLES 140, 141
 EASY COMFORT SAFETY
 PEN NEEDLE..... 139
 EASY GLIDE INSULIN
 SYRINGE 141
 EASY GLIDE PEN NEEDLE
 141
 EASY TOUCH..... 143
 EASY TOUCH ALCOHOL
 PREP PADS 142
 EASY TOUCH FLIPLOCK
 INSULIN..... 142, 143
 EASY TOUCH FLIPLOCK
 SYRINGE 142
 EASY TOUCH INSULIN
 SAFETY SYR..... 141, 142
 EASY TOUCH INSULIN
 SYRINGE 141, 142, 144
 EASY TOUCH LUER LOCK
 INSULIN..... 143
 EASY TOUCH PEN NEEDLE
 143
 EASY TOUCH SAFETY PEN
 NEEDLE 143, 144
 EASY TOUCH
 SHEATHLOCK INSULIN
 142, 143
 EASY TOUCH UNI-SLIP .. 144
econazole nitrate 75
 EDARBI..... 101
 EDARBYCLOR..... 101
 EDURANT..... 90
 EDURANT PED 90
efavirenz 90
*efavirenz-emtricitabin-tenofov*90
efavirenz-lamivu-tenofov disop
 91
 EGRIFTA SV 191
 ELIGARD 45

ELIGARD (3 MONTH).....	44	<i>ergoloid</i>	64	F	
ELIGARD (4 MONTH).....	45	<i>ergotamine-cafeine</i>	78	<i>falmina (28)</i>	116
ELIGARD (6 MONTH).....	45	ERIVEDGE.....	45	<i>famciclovir</i>	95
ELIQUIS	95	ERLEADA	45	<i>famotidine</i>	183
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D		<i>erlotinib</i>	45	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	183
START	95	<i>errin</i>	116	FANAPT	85
ELMIRON	209	<i>ertapenem</i>	38	FANAPT TITRATION PACK	
<i>eltrombopag olamine</i>	97	<i>ery pads</i>	122	A	85
EMBRACE PEN NEEDLE .	144	<i>erythrocine (as stearate)</i>	38	FANAPT TITRATION PACK	
EMCYT.....	45	<i>erythromycin</i>	38, 180	B	85
EMEND	80	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ..	38	FANAPT TITRATION PACK	
EMGALITY PEN	78	<i>erythromycin lactobionate</i>	38	C	85
EMGALITY SYRINGE	78	<i>erythromycin with ethanol</i> ...	122	FARXIGA	68
EMSAM.....	66	<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>		<i>febuxostat</i>	76
<i>emtricitabine</i>	91	.....	122	<i>felbamate</i>	60
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ...	91	ERZOFRI.....	85	<i>felodipine</i>	108
<i>emtricitabine-tenofovir</i> ..	91	<i>escitalopram oxalate</i>	66	<i>fenofibrate</i>	110
EMTRIVA	91	<i>eslicarbazepine</i>	60	<i>fenofibrate micronized</i>	110
<i>enalapril maleate</i>	102	<i>esomeprazole magnesium</i>	183	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> .	110
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>		<i>estradiol</i>	188	<i>fenofibric acid (choline)</i>	110
.....	102	<i>estradiol valerate</i>	188	<i>fentanyl</i>	27
ENBREL	196	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	188	<i>fentanyl citrate</i>	26
ENBREL MINI.....	196	ESTRING.....	189	<i>fesoterodine</i>	186
ENBREL SURECLICK.....	196	<i>eszopiclone</i>	220	FETZIMA	66
<i>endocet</i>	26	<i>ethambutol</i>	79	<i>finasteride</i>	187
ENERGIX-B (PF).....	201	<i>ethosuximide</i>	60	<i>finolimid</i>	114
ENERGIX-B PEDIATRIC (PF)		<i>etodolac</i>	30	FINTEPLA	60
.....	201	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>		FIRMAGON KIT W DILUENT	
<i>enoxaparin</i>	96	.....	116	SYRINGE	46
<i>enpresse</i>	116	<i>etoposide</i>	45	FLAREX	182
<i>entacapone</i>	82	<i>etravirine</i>	91	<i>flavoxate</i>	186
<i>entecavir</i>	95	EULEXIN	45	FLEBOGAMMA DIF	196
ENTRESTO SPRINKLE	101	<i>everolimus (antineoplastic)</i>	45	<i>flecainide</i>	103
<i>enulose</i>	184	<i>everolimus (immunosuppressive)</i>		<i>fluconazole</i>	75
EPCLUSA.....	94	.....	196	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> .	75
EPIDIOLEX.....	60	EVOTAZ.....	91	<i>flucytosine</i>	75
<i>epinastine</i>	179	EXEL INSULIN	145	<i>fludrocortisone</i>	190
<i>epinephrine</i>	107	<i>exemestane</i>	45	<i>flunisolide</i>	182
EPIPEN 2-PAK.....	107	EXKIVITY.....	45	<i>fluocinolone</i>	123, 124
<i>epitol</i>	60	<i>ezetimibe</i>	110	<i>fluocinolone and shower cap</i>	123
<i>eplerenone</i>	111	<i>ezetimibe-rosuvastatin</i>	110	<i>fluocinonide</i>	124
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> ..	221	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	110	<i>fluocinonide-emollient</i>	124

fluoride (sodium)..... 221, 223
fluorometholone 182
fluorouracil 46, 121
fluoxetine..... 66
fluphenazine decanoate..... 86
fluphenazine hcl 86
flurbiprofen 30
flurbiprofen sodium..... 182
fluticasone propionate 124, 182, 215
fluticasone propion-salmeterol 216
fluvastatin..... 110
fluvoxamine 66
folic acid..... 221
folivane-ob 221
fondaparinux 96
formoterol fumarate 217
fosamprenavir 91
foscarnet..... 93
fosfomycin tromethamine 34
fosinopril..... 102
fosinopril-hydrochlorothiazide 103
FOTIVDA 46
FREESTYLE PRECISION.. 145
FRUZAQLA 46
fulvestrant 46
furosemide..... 109
FUZEON..... 91
FYCOMPA 60
G
gabapentin..... 60
galantamine..... 64
GAMMAGARD LIQUID.... 196
GAMUNEX-C 196
GARDASIL 9 (PF) 201
gatifloxacin 180
GATTEX 30-VIAL..... 184
GAUZE BANDAGE 145
GAUZE PAD 145
gavilyte-c..... 185

gavilyte-g..... 185
GAVRETO..... 46
gefitinib 46
gemfibrozil 110
generlac..... 184
gengraf..... 196
gentamicin 33, 122, 180
gentamicin in nacl (iso-osm).. 33
GENVOYA..... 91
GILOTRIF 46
glatiramer..... 114
GLEOSTINE..... 46
glimepiride 73
glipizide 73, 74
glipizide-metformin 74
glucagon emergency kit (human) 209
glutamine (sickle cell) 209
glyburide 74
glyburide micronized..... 74
glyburide-metformin..... 74
glycopyrrolate 58, 184
GLYXAMBI 68
GOMEKLI 46
granisetron (pf) 80
granisetron hcl 80
griseofulvin microsize 75
griseofulvin ultramicrosize ... 75
guanfacine 100, 114
H
HAEGARDA 97
hailey 24 fe 117
halobetasol propionate 124
haloperidol 86
haloperidol decanoate..... 86
haloperidol lactate 86
HARVONI 94
HAVRIX (PF) 202
HEALTHWISE INSULIN
 SYRINGE 146
HEALTHWISE PEN NEEDLE
 146

HEALTHY ACCENTS
 UNIFINE PENTIP ... 146, 147
heparin (porcine) 96
HEPLISAV-B (PF) 202
HERNEXEOS 46
HIBERIX (PF) 202
HUMALOG JUNIOR
 KWIKPEN U-100 71
HUMALOG KWIKPEN
 INSULIN..... 71
HUMALOG MIX 50-50
 INSULN U-100..... 71
HUMALOG MIX 50-50
 KWIKPEN 71
HUMALOG MIX 75-25
 KWIKPEN 71
HUMALOG MIX 75-25(U-
 100)INSULN..... 71
HUMALOG U-100 INSULIN71
HUMIRA..... 197
HUMIRA PEN 197
HUMIRA PEN CROHNS-UC-
 HS START 196
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-
 ADOL HS..... 197
HUMIRA(CF)..... 197
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS
 STARTER..... 197
HUMIRA(CF) PEN 197
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-
 UC-HS..... 197
HUMIRA(CF) PEN
 PEDIATRIC UC 197
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-
 ADOL HS..... 197
HUMULIN 70/30 U-100
 INSULIN..... 72
HUMULIN 70/30 U-100
 KWIKPEN 72
HUMULIN N NPH INSULIN
 KWIKPEN 72

HUMULIN N NPH U-100 INSULIN..... 72	IMOVAX RABIES VACCINE (PF)..... 202	INVEGA TRINZA..... 87
HUMULIN R REGULAR U- 100 INSULN..... 72	IMPAVIDO..... 81	IPOLE..... 202
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN..... 72	INBRIJA 82	<i>ipratropium bromide</i> 179, 217
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 72	INCONTROL ALCOHOL PADS 147	<i>ipratropium-albuterol</i> 217
<i>hydralazine</i> 107	INCONTROL PEN NEEDLE 147	<i>irbesartan</i> 101
<i>hydrochlorothiazide</i> 109	INCRELEX..... 191	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> 101
<i>hydrocodone bitartrate</i> 27	INCRUSE ELLIPTA 217	ISENTRESS..... 91
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> . 27	<i>indapamide</i> 109	ISENTRESS HD 91
<i>hydrocodone-ibuprofen</i> 27	<i>indomethacin</i> 30	ISOLYTE S PH 7.4..... 212
<i>hydrocortisone</i> 124, 190, 206	INFANRIX (DTAP) (PF) 202	ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE..... 212
<i>hydrocortisone butyrate</i> 124	INGREZZA..... 114	ISOLYTE-S..... 212
<i>hydrocortisone valerate</i> 124	INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)..... 114	<i>isoniazid</i> 79
<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ... 180	INLYTA..... 47, 48	<i>isosorbide dinitrate</i> 111
<i>hydromorphone</i> 27, 28	INQOVI 48	<i>isosorbide mononitrate</i> . 111, 112
<i>hydromorphone (pf)</i> 27	INREBIC..... 48	<i>isosorbide-hydralazine</i> 112
<i>hydroxychloroquine</i> 81	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> . 72	<i>isotretinoin</i> 121
<i>hydroxyurea</i> 47	<i>insulin aspart u-100</i> 72	<i>isradipine</i> 108
<i>hydroxyzine hcl</i> 77	<i>insulin lispro</i> 73	ISTURISA..... 209
<i>hydroxyzine pamoate</i> 209	<i>insulin lispro protamin-lispro</i> 73	ITOVEBI..... 48
I	INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK 147	<i>itraconazole</i> 75
<i>ibandronate</i> 207	INSULIN SYRINGE 129	IV PREP WIPES 149
IBRANCE..... 47	INSULIN SYRINGE MICROFINE..... 129	<i>ivabradine</i> 107
IBTROZI..... 47	INSULIN SYRINGE NEEDLELESS..... 148	<i>ivermectin</i> 81
<i>ibu</i> 30	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 144, 145, 147, 148, 153, 156, 158, 163, 167, 168, 169	IWILFIN 48
<i>ibuprofen</i> 30	INSULIN U-500 SYRINGE- NEEDLE 148	IXIARO (PF)..... 202
<i>icatibant</i> 107	INSUPEN PEN NEEDLE... 148, 149	J
ICLUSIG..... 47	INTELENCE..... 91	JAKAFI..... 48
<i>icosapent ethyl</i> 110	INTRALIPID 100	<i>jantoven</i> 96
IDHIFA..... 47	INVEGA HAFYERA 86	JANUMET 68
<i>imatinib</i> 47	INVEGA SUSTENNA 86, 87	JANUMET XR..... 68
IMBRUVICA..... 47		JANUVIA 68
<i>imipenem-cilastatin</i> 38		JARDIANCE..... 68
<i>imipramine hcl</i> 66		JAYPIRCA..... 48
<i>imiquimod</i> 121		JENTADUETO 68
IMKELDI..... 47		JENTADUETO XR 68
IMLYGIC 47		<i>jinteli</i> 189
IMOGAM RABIES-HT (PF) 197		<i>juleber</i> 117
		JULUCA 91
		<i>junel 1/20 (21)</i> 117
		<i>junel fe 1.5/30 (28)</i> 117

<i>junel fe 1/20 (28)</i>	117	LENVIMA	49	<i>lisinopril</i>	103
<i>junel fe 24</i>	117	<i>lessina</i>	117	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	103
JYNNEOS (PF).....	202	<i>letrozole</i>	49	LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES	149
K		<i>leucovorin calcium</i>	209	LITE TOUCH INSULIN SYRINGE	149, 150
KALETRA.....	91	LEUKERAN	49	<i>lithium carbonate</i>	114
KALYDECO.....	218	LEUKINE	97	<i>lithium citrate</i>	114
<i>kariva (28)</i>	117	<i>leuprolide</i>	49	LIVTENCITY	94
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	117	<i>leuprolide acetate (3 month)</i> ..	49	LOKELMA	184
KERENDIA	111	<i>levalbuterol hcl</i>	217	LONSURF.....	50
<i>ketoconazole</i>	75	<i>levalbuterol tartrate</i>	217	<i>loperamide</i>	184
<i>ketoprofen</i>	30	<i>levetiracetam</i>	61	<i>lopinavir-ritonavir</i>	92
<i>ketorolac</i>	30, 182	<i>levobunolol</i>	211	<i>lorazepam</i>	33
KINRIX (PF)	202	<i>levocarnitine</i>	209	<i>lorazepam intensol</i>	33
KISQALI.....	48	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	209	LORBRENA	50
KISQALI FEMARA CO-PACK	48	<i>levocetirizine</i>	77	<i>loryna (28)</i>	118
KOSELUGO	49	<i>levofloxacin</i>	40, 179	<i>losartan</i>	101
<i>kosher prenatal plus iron</i>	221	<i>levofloxacin in d5w</i>	40	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	101
KRAZATI.....	49	<i>levonest (28)</i>	117	<i>loteprednol etabonate</i>	182
L		<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i>	117	<i>lovastatin</i>	110
<i>labetalol</i>	104	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> 117		<i>low-ogestrel (28)</i>	118
<i>lacosamide</i>	60	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> 117		<i>loxapine succinate</i>	87
LACTATED RINGERS	207	<i>levora-28</i>	118	<i>lubiprostone</i>	184
<i>lactulose</i>	184	<i>levothyroxine</i>	193	<i>ludent fluoride</i>	222
<i>lamivudine</i>	91, 92	LEVOXYL.....	193	LUMAKRAS	50
<i>lamivudine-zidovudine</i>	92	LEXIVA.....	92	LUMIGAN.....	211
<i>lamotrigine</i>	60, 61	LIBERVANT	61	LUPRON DEPOT	50, 191
<i>lansoprazole</i>	183	<i>lidocaine</i>	31	LUPRON DEPOT (3 MONTH)	50, 191
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN.....	73	<i>lidocaine (pf)</i>	31	LUPRON DEPOT (4 MONTH)	50
LANTUS U-100 INSULIN....	73	<i>lidocaine hcl</i>	31	LUPRON DEPOT (6 MONTH)	50
<i>lapatinib</i>	49	<i>lidocaine viscous</i>	31	LUPRON DEPOT-PED191, 192	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	117	<i>lidocaine-prilocaine</i>	31	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH).....	191
<i>larin 1/20 (21)</i>	117	LIDOTREX (WITH VITAMIN E).....	31	<i>lurasidone</i>	87
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	117	LILETTA	118	<i>lutra (28)</i>	118
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	117	<i>lincomycin</i>	34		
<i>latanoprost</i>	211	<i>linezolid</i>	35		
LAZCLUZE.....	49	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	35		
<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	94	LINZESS.....	184		
<i>leena 28</i>	117	<i>liothyronine</i>	193		
<i>leflunomide</i>	197	<i>liraglutide</i>	69		
<i>lenalidomide</i>	49	LISCO	149		

LUTRATE DEPOT (3 MONTH)..... 192
 LYBALVI..... 87
 LYNPARZA 50
 LYSODREN 50
 LYTGOBI..... 50, 51
lyza 118
M
 MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG.... 150, 151
 MAGELLAN SYRINGE..... 150
magnesium sulfate..... 212, 213
malathion 125
maraviroc 92
marlissa (28) 118
marnatal-f 222
 MARPLAN 66
 MATULANE 51
matzim la 106
 MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 151
 MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 151
 MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 151
 MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 151
 MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 151
meclizine 80
medroxyprogesterone..... 193
mefloquine..... 81
megestrol..... 51, 193
 MEKINIST 51
 MEKTOVI 51
meloxicam 30
memantine 64
 MENACTRA (PF) 202
 MENEST..... 189
 MENQUADFI (PF) 202
 MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 202

mercaptopurine 51
meropenem 38
mesalamine..... 206
mesna 209
metformin 69
methadone 28
methazolamide 211
methenamine hippurate..... 35
methimazole 193
methocarbamol..... 220
methotrexate sodium 51
methotrexate sodium (pf) 51
methoxsalen..... 121
methscopolamine..... 185
methsuximide..... 61
methylropa 100
methylropa-hydrochlorothiazide 100
methylropate 100
methylphenidate hcl 114, 115
methylprednisolone 190
methylprednisolone acetate.. 190
methylprednisolone sodium succ 190
metoclopramide hcl..... 185
metolazone 109
metoprolol succinate 104
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 104
metoprolol tartrate 104
metronidazole..... 35, 77, 122
metronidazole in nacl (iso-os) 35
metyrosine 107
mexiletine 103
micafungin..... 75
miconazole-3 75
 MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 151
 MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE..... 151
microgestin 1.5/30 (21) 118
microgestin 1/20 (21) 118

microgestin fe 1.5/30 (28) 118
microgestin fe 1/20 (28) 118
midodrine 101
mifepristone..... 69
mimvey..... 189
 MINI ULTRA-THIN II..... 152
minocycline 41
minoxidil..... 112
mirtazapine..... 66
misoprostol 183
mitoxantrone 51
 M-M-R II (PF)..... 202
m-natal plus..... 222
modafinil 220
 MODEYSO 51
moexipril 103
molindone 87
mometasone..... 124
 MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING..... 153
 MONOJECT INSULIN SYRINGE 152, 153
 MONOJECT SYRINGE 152
 MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 170
montelukast 216
morphine 28
 MORPHINE 28
morphine concentrate..... 28
 MOUNJARO..... 69
 MOVANTIK 185
moxifloxacin 40, 180
moxifloxacin-sod.ace,sul-water 40
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 40
 MRESVIA (PF)..... 203
 MULTAQ..... 103
mupirocin 122
mycophenolate mofetil . 197, 198
mycophenolate sodium 198
mynatal 222

<i>mynatal advance</i>	222	NEXLIZET	110	NOVOFINE PLUS.....	154
<i>mynatal plus</i>	222	NEXPLANON	118	NOVOTWIST	154
<i>mynatal-z</i>	222	<i>niacin</i>	110, 111	NUBEQA	51
<i>mynate 90 plus</i>	222	<i>nicardipine</i>	108	NUCALA	219
MYRBETRIQ	186	NICOTROL	32	NUEDEXTA	115
N		NICOTROL NS	32	NUPLAZID.....	87
<i>nabumetone</i>	30	<i>nifedipine</i>	108	NURTEC ODT.....	78
<i>nadolol</i>	104	<i>nikki (28)</i>	118	NUTRILIPID	100
<i>nafcillin</i>	39	<i>nilutamide</i>	51	NUZYRA	41
<i>naftifine</i>	75	<i>nimodipine</i>	108	<i>nyamyc</i>	75
<i>nalbuphine</i>	28	NINLARO.....	51	<i>nystatin</i>	75, 76
<i>naloxone</i>	32	<i>nitazoxanide</i>	81	<i>nystatin-triamcinolone</i>	76
<i>naltrexone</i>	32	<i>nitisinone</i>	178	<i>nystop</i>	76
NANO 2ND GEN PEN		<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ... 35		NYVEPRIA.....	97
NEEDLE	153	<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>		O	
NANO PEN NEEDLE	154	.....	35	<i>obstetrix dha</i>	222
<i>naproxen</i>	30	<i>nitroglycerin</i>	112, 209	<i>obstetrix dha prenatal duo</i> ...	222
<i>naproxen sodium</i>	30	<i>niva-plus</i>	222	<i>o-cal prenatal</i>	222
<i>naratriptan</i>	78	NIVESTYM	97	<i>ocella</i>	119
NATACYN	180	<i>nizatidine</i>	183	<i>octreotide acetate</i>	192
<i>nateglinide</i>	69	<i>nora-be</i>	118	ODEFSEY	92
NAYZILAM	61	NORDITROPIN FLEXPPO 192		ODOMZO	52
<i>nebivolol</i>	105	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>		OFEV	219
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	118	.....	118	<i>ofloxacin</i>	40, 181
<i>nefazodone</i>	67	<i>noreth-ethinyl estradiol-iron</i> 118		OGSIVEO	52
<i>nelarabine</i>	51	<i>norethindrone (contraceptive)</i>		OJEMDA.....	52
<i>neomycin</i>	33	.....	118	OJJAARA	52
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> 180		<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>		<i>olanzapine</i>	87
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>		.....	118, 189	<i>olmesartan</i>	101
.....	180	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>		<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid</i>	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>		.....	119	.....	101
.....	180	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>		<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>		.....	119	.....	102
.....	180	NORMOSOL-M IN 5 %		<i>olopatadine</i>	179
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	181	DEXTROSE.....	213	OLUMIANT	198
NERLYNX	51	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	119	<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	111
NEULASTA	97	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	119	<i>omeprazole</i>	183
NEUPOGEN	97	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	119	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2	
NEUPRO.....	82	<i>nortriptyline</i>	67	PLUS).....	154
<i>nevirapine</i>	92	NORVIR	92	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO	
<i>newgen</i>	222	NOVOFINE 30	154	KT(GEN5).....	154
NEXLETOL.....	110	NOVOFINE 32	154		

OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5).....	154	OSPHERA	189	<i>penicillin g sodium</i>	40
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	154	OTEZLA	198	<i>penicillin v potassium</i>	40
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	154	OTEZLA STARTER	198	PENMENVY MEN A-B-C-W- Y (PF).....	203
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4).....	154	<i>oxacillin</i>	39	PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF).....	203
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4).....	154	<i>oxaprozin</i>	30	PENMENVY MENB COMPONENT (PF).....	203
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	154	<i>oxazepam</i>	33	PENTACEL (PF)	203
OMNIPOD GO PODS	155	<i>oxcarbazepine</i>	61	PENTACEL DTAP-IPV COMPNT (PF)	203
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY	154	<i>oxybutynin chloride</i>	186	<i>pentamidine</i>	81
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY	154	<i>oxycodone</i>	28	PENTIPS PEN NEEDLE	156
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY	154	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	28, 29	<i>pentoxifylline</i>	98
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY	155	OZEMPIC	69	<i>perampanel</i>	61
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY	155	P		<i>perindopril erbumine</i>	103
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY	155	<i>paliperidone</i>	88	<i>permethrin</i>	125
OMNITROPE	192	<i>palonosetron</i>	80	<i>perphenazine</i>	88
<i>ondansetron</i>	80	<i>pamidronate</i>	208	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	67
<i>ondansetron hcl</i>	80	PANRETIN	121	PERSERIS.....	88
ONUREG.....	52	<i>pantoprazole</i>	183, 184	<i>phenelzine</i>	67
OPIPZA.....	88	<i>paricalcitol</i>	208	<i>phenobarbital</i>	61
OPSUMIT	221	PARICALCITOL.....	208	PHENYTEK.....	62
ORENCIA.....	198	<i>paroxetine hcl</i>	67	<i>phenytoin</i>	62
ORENCIA (WITH MALTOSE)	198	PASER	79	<i>phenytoin sodium</i>	62
ORENCIA CLICKJECT.....	198	PAXLOVID	94	<i>phenytoin sodium extended</i>	62
ORFADIN.....	178	<i>pazopanib</i>	52	PHOSPHOLINE IODIDE.....	211
ORGOVYX.....	192	PEDIARIX (PF).....	203	PHYSIOLYTE	207
ORKAMBI.....	219	PEDVAX HIB (PF)	203	PHYSIOSOL IRRIGATION.....	207
<i>orphenadrine citrate</i>	220	<i>peg 3350-electrolytes</i>	185	PIFELTRO	92
ORSERDU	52	PEGASYS	95	<i>pilocarpine hcl</i>	120, 211
<i>oseltamivir</i>	94	<i>peg-electrolyte soln</i>	185	<i>pimecrolimus</i>	124
		PEMAZYRE	52	<i>pimozide</i>	88
		PEN NEEDLE.....	155, 156	<i>pimtrea (28)</i>	119
		PEN NEEDLE, DIABETIC 134, 146, 151, 152, 155, 158		<i>pindolol</i>	105
		PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY.....	159	<i>pioglitazone</i>	69
		PENBRAYA (PF)	203	<i>pioglitazone-glimepiride</i>	69
		PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF).....	203	<i>pioglitazone-metformin</i>	69
		PENBRAYA MENB COMPONENT (PF).....	203	PIP PEN NEEDLE	156
		<i>penicillamine</i>	187	<i>piperacillin-tazobactam</i>	40
		<i>penicillin g pot in dextrose</i>	39	PIQRAY	52
		<i>penicillin g potassium</i>	39	<i>pirfenidone</i>	219

<i>piroxicam</i>	30	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	182, 190	<i>probenecid</i>	76
PLASMA-LYTE 148 PH 7.4	213	<i>prednisone</i>	190	<i>probenecid-colchicine</i>	76
PLASMA-LYTE A.....	213	<i>pregabalin</i>	62	<i>procainamide</i>	103
<i>pnv 29-l</i>	222	PREHEVBRIO (PF)	204	<i>prochlorperazine</i>	80
<i>pnv-dha + docusate</i>	222	PREMARIN	189	<i>prochlorperazine edisylate</i>	80
<i>pnv-omega</i>	222	PREMASOL 10 %.....	100	<i>prochlorperazine maleate</i>	80
<i>podofilox</i>	121	PREMPHASE	189	PROCRIT	98
<i>polymyxin b sulfate</i>	35	PREMPRO	189	<i>procto-med hc</i>	124
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	181	<i>prenal true</i>	223	<i>proctosol hc</i>	125
POMALYST	52	<i>prenaissance</i>	223	<i>proctozone-hc</i>	125
<i>portia 28</i>	119	<i>prenaissance plus</i>	223	PRODIGY INSULIN SYRINGE	157
<i>posaconazole</i>	76	<i>prenatabs fa</i>	223	<i>progesterone micronized</i>	193
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i>	213	<i>prenatal 19</i>	223	PROGRAF	198
<i>potassium chloride</i>	213, 214	<i>prenatal 19 (with docusate)</i> .	223	PROLASTIN-C.....	219
<i>potassium chloride in 0.9%nacl</i>	213	<i>prenatal low iron</i>	223	PROLIA	208
<i>potassium chloride in 5 % dex</i>	213	<i>prenatal plus</i>	223	<i>promethazine</i>	77, 80
<i>potassium chloride in lr-d5..</i>	213	<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	222	<i>promethegan</i>	80
<i>potassium chloride in water.</i>	213	<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	223	<i>propafenone</i>	104
<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	214	<i>prenatal-u</i>	223	<i>proparacaine</i>	179
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl</i>	214	<i>preplus</i>	223	<i>propranolol</i>	105
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i>	214	<i>pretab</i>	223	<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	105
<i>potassium citrate</i>	214	PRETOMANID	79	<i>propylthiouracil</i>	193
<i>pr natal 400</i>	223	<i>prevalite</i>	111	PROQUAD (PF)	204
<i>pr natal 400 ec</i>	223	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE	156	PROSOL 20 %	100
<i>pr natal 430</i>	223	PREVYMIS	94	<i>protriptyline</i>	67
<i>pr natal 430 ec</i>	223	PREZCOBIX	92	PULMOZYME	178
<i>pramipexole</i>	82	PREZISTA	92	PURE COMFORT ALCOHOL PADS.....	158
<i>prasugrel hcl</i>	98	PRIFTIN.....	79	PURE COMFORT PEN NEEDLE	158
<i>pravastatin</i>	111	PRIMAQUINE.....	81	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	157
<i>praziquantel</i>	81	<i>primidone</i>	62	PURIXAN	52
<i>prazosin</i>	101	PRIORIX (PF).....	204	PYLERA	185
<i>prednicarbate</i>	124	PRIVIGEN	198	<i>pyrazinamide</i>	79
<i>prednisolone</i>	190	PRO COMFORT ALCOHOL PADS	157	<i>pyridostigmine bromide</i>	209, 210
<i>prednisolone acetate</i>	182	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	156, 157	<i>pyrimethamine</i>	81
		PRO COMFORT PEN NEEDLE	157	Q	
		PROAIR RESPICLICK	217	QINLOCK.....	53
				QUADRACEL (PF)	204

quetiapine..... 88
quinapril..... 103
quinapril-hydrochlorothiazide
..... 103
quinidine gluconate..... 104
quinidine sulfate..... 104
quinine sulfate..... 81
QVAR REDHALER..... 216
R
RABAVERT (PF)..... 204
rabeprazole 184
RALDESY 67
raloxifene 189
ramelteon 220
ramipril 103
ranolazine 107
rasagiline 82
RAYALDEE 208
reclipsen (28) 119
RECOMBIVAX HB (PF) 204
REGRANEX..... 121
RELENZA DISKHALER..... 94
repaglinide 69
REPATHA PUSHTRONEX 111
REPATHA SURECLICK.... 111
REPATHA SYRINGE..... 111
RESTASIS MULTIDOSE .. 182
RETACRIT 98
RETEVMO 53
RETROVIR..... 92
REVUFORJ 53
REXULTI 88
REYATAZ 92
REZLIDHIA 53
REZUROCK 198
RHOPRESSA 211
ribavirin 95
rifabutin..... 79
rifampin..... 79
riluzole 115
rimantadine 94
RINVOQ 199

RINVOQ LQ..... 198
risedronate 208
risperidone 89
risperidone microspheres. 88, 89
ritonavir 92
rivaroxaban 96
rivastigmine..... 65
rivastigmine tartrate 64
rizatriptan..... 78
r-natal ob..... 223
ROCKLATAN 211
roflumilast 219
ROMVIMZA 53
ropinirole 82
rosuvastatin 111
ROTARIX..... 204
ROTATEQ VACCINE 204
ROWEEPRA..... 62
ROWEEPRA XR 62
ROZLYTREK..... 53
RUBRACA 54
rufinamide 62
RUKOBIA 92
RYBELSUS 70
RYDAPT..... 54
RYTARY 83
S
sacubitril-valsartan 102
SAFESNAP INSULIN
SYRINGE 158, 159
SAFETY PEN NEEDLE 159
SANTYL..... 121
sapropterin 179
SAVELLA 115
saxagliptin 70
saxagliptin-metformin 70
SCEMBLIX 54
scopolamine base 80
SECUADO..... 89
SECURESAFE INSULIN
SYRINGE 159

SECURESAFE PEN NEEDLE
..... 159
select-ob 223
select-ob (folic acid)..... 223
selegiline hcl..... 83
selenium sulfide..... 122
SELZENTRY 92, 93
se-natal 19 chewable..... 223
SEREVENT DISKUS..... 217
sertraline 67
setlakin 119
sevelamer carbonate 186
sharobel..... 119
SHINGRIX (PF)..... 204
SIGNIFOR 192
sildenafil 221
sildenafil (pulm.hypertension)
..... 221
silodosin 187
silver sulfadiazine..... 122
SIMBRINZA..... 211
SIMLANDI(CF)..... 199
SIMLANDI(CF)
AUTOINJECTOR..... 199
SIMPLI PEN NEEDLE..... 145
simvastatin..... 111
sirolimus 199
SIRTURO..... 79
SKY SAFETY PEN NEEDLE
..... 159
SKYRIZI 199
sodium chloride..... 207, 214
sodium chloride 0.45 %..... 214
sodium chloride 0.9 %..... 214
sodium chloride 3 % hypertonic
..... 214
sodium chloride 5 % hypertonic
..... 214
sodium oxybate..... 220
sodium phenylbutyrate 185
*sodium polystyrene sulfonate*185
sofosbuvir-velpatasvir 94

<i>solifenacin</i>	186	SUNLENCA	93	<i>tamsulosin</i>	187
SOLQUA 100/33	73	SUPREP BOWEL PREP KIT	186	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	119
SOLTAMOX	54	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	160	<i>taron-c dha</i>	223
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	191	SURE COMFORT INS. SYR. U-100	160	<i>taron-prex prenatal-dha</i>	224
SOMAVERT	192	SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	160	TASIGNA	55
<i>sorafenib</i>	54	SURE COMFORT PEN NEEDLE	160, 161	<i>tasimelteon</i>	220
<i>sotalol</i>	105	SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	159	TAVNEOS	200
<i>sotalol af</i>	105	SURE-FINE PEN NEEDLES	161	<i>tazarotene</i>	125
SPIRIVA RESPIMAT	218	SURE-JECT INSULIN SYRINGE	161	<i>tazicef</i>	37
SPIRIVA WITH HANDIHALER	218	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	161	<i>taztia xt</i>	106
<i>spironolactone</i>	109	SUTAB	186	TAZVERIK	55
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	109	SYMLINPEN 120	70	TDVAX	205
<i>sprintec (28)</i>	119	SYMLINPEN 60	70	TECHLITE INSULIN SYRINGE	162
SPRITAM	62	SYMPAZAN	62	TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) ..	161, 162
<i>sps (with sorbitol)</i>	185	SYMTUZA	93	TECHLITE PEN NEEDLE ..	162, 163
<i>sronyx</i>	119	SYNAREL	192	TECHLITE PLUS PEN NEEDLE	163
<i>ssd</i>	122	SYNJARDY	70	TEFLARO	37
<i>stavudine</i>	93	SYNJARDY XR	70	TEGLUTIK	115
STELARA	199	SYNTHROID	193	<i>telmisartan</i>	102
STERILE PADS	159	SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY	159	<i>telmisartan-amlodipine</i>	102
STIOLTO RESPIMAT	218	T		<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	102
STIVARGA	54	TABLOID	54	<i>temazepam</i>	33
<i>streptomycin</i>	33	TABRECTA	54	TENIVAC (PF)	205
STRIBILD	93	<i>tacrolimus</i>	125, 199, 200	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	93
SUCRAID	179	<i>tadalafil</i>	221	TEPMETKO	55
<i>sucalfate</i>	184	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>	221	<i>terazosin</i>	187
<i>sulconazole</i>	76	TAFINLAR	54	<i>terbinafine hcl</i>	76
<i>sulfacetamide sodium</i>	181	<i>tafluprost (pf)</i>	211	<i>terbutaline</i>	218
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> ..	122	TAGRISSO	54	<i>terconazole</i>	77
<i>sulfacetamide-prednisolone</i> ..	181	TALZENNA	54, 55	<i>teriflunomide</i>	115
<i>sulfadiazine</i>	40	<i>tamoxifen</i>	55	TERUMO INSULIN SYRINGE	163
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	41			<i>testosterone</i>	188
SULFAMYLON	121			<i>testosterone cypionate</i>	187
<i>sulfasalazine</i>	206, 207			<i>testosterone enanthate</i>	187
<i>sulindac</i>	30			TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF)	205
<i>sumatriptan</i>	78				
<i>sumatriptan succinate</i>	78				
<i>sunitinib malate</i>	54				

<i>tetrabenazine</i>	115	<i>tranexamic acid</i>	98	TRUE COMFORT INSULIN	
<i>tetracycline</i>	41	<i>tranylcypromine</i>	67	SYRINGE	165
THALOMID	210	TRAVASOL 10 %.....	100	TRUE COMFORT PEN	
<i>theophylline</i>	218	<i>travoprost</i>	211	NEEDLE	165
THINPRO INSULIN SYRINGE		<i>trazodone</i>	67	TRUE COMFORT PRO	
.....	163, 164	TRECTOR.....	79	ALCOHOL PADS	166
<i>thioridazine</i>	89	TRELEGY ELLIPTA	218	TRUE COMFORT PRO INS	
<i>thiothixene</i>	89	TRELSTAR	55	SYRINGE	164, 165, 166
<i>tiadylt er</i>	106	TRESIBA FLEXTOUCH U-100		TRUE COMFORT SAFE	
<i>tiagabine</i>	62	.....	73	INSULIN SYRG	164, 165,
TIBSOVO	55	TRESIBA FLEXTOUCH U-200		166	
<i>ticagrelor</i>	98	.....	73	TRUE COMFORT SAFETY	
TICE BCG	55	TRESIBA U-100 INSULIN...	73	PEN NEEDLE.....	164
TICOVAC.....	205	<i>tretinoin</i>	125	TRUEPLUS INSULIN.	166, 167
<i>tigecycline</i>	41	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	55	TRUEPLUS PEN NEEDLE	166
<i>timolol</i>	211	<i>triamcinolone acetonide</i>	120,	TRULICITY	70
<i>timolol maleate</i>	105, 211	125, 191		TRUMENBA	205
<i>tinidazole</i>	81	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>		TRUQAP	55
<i>tiotropium bromide</i>	218	.....	109	TUKYSA.....	56
TIROSINT	194	<i>trientine</i>	187	TURALIO	56
TIROSINT-SOL	194	<i>trifluoperazine</i>	89	TWINRIX (PF)	205
TIVICAY	93	<i>trifluridine</i>	181	TYBOST	210
TIVICAY PD	93	<i>trihexyphenidyl</i>	83	TYMLOS	208
<i>tizanidine</i>	220	TRIJDARDY XR.....	70	TYPHIM VI	205
TOBI PODHALER.....	34	TRIKAFTA.....	219	U	
TOBRADEX.....	181	<i>tri-legest fe</i>	119	ULTICARE	168, 169
<i>tobramycin</i>	181	<i>tri-lo-estarylla</i>	119	ULTICARE INSULIN	
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ...	34	<i>tri-lo-sprintec</i>	119	SYRINGE	167, 168
<i>tobramycin sulfate</i>	34	<i>trimethobenzamide</i>	80	ULTICARE INSULN	
<i>tobramycin-dexamethasone</i> .	181	<i>trimethoprim</i>	35	SYR(HALF UNIT)	167
<i>tolterodine</i>	186	<i>trimipramine</i>	67	ULTICARE PEN NEEDLE.	168
TOPCARE CLICKFINE	164	TRINTELLIX	67	ULTICARE SAFETY PEN	
TOPCARE ULTRA		<i>tri-sprintec (28)</i>	120	NEEDLE	168
COMFORT	164	TRIUMEQ	93	ULTIGUARD SAFEPACK-	
<i>topiramate</i>	62, 63	TRIUMEQ PD	93	INSULIN SYR.....	169, 170
<i>toremifene</i>	55	<i>trivora (28)</i>	120	ULTIGUARD SAFEPACK-	
<i>torse mide</i>	109	TRIZIVIR.....	93	PEN NEEDLE.....	169, 170
TRADJENTA	70	TROPHAMINE 10 %	100	ULTILET ALCOHOL SWAB	
<i>tramadol</i>	29	<i>tropium</i>	186	.....	170
<i>tramadol-acetaminophen</i>	29	TRUE COMFORT ALCOHOL		ULTILET INSULIN SYRINGE	
<i>trandolapril</i>	103	PADS	165	.....	147, 148, 170
<i>trandolapril-verapamil</i>	103			ULTILET PEN NEEDLE	170

ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT).....	145, 159	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....	176	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP	178
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 139, 145, 146, 170, 171		UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	176	VERQUVO	107
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT)	171	UNITHROID	194	VERSACLOZ	89
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE	171	<i>ursodiol</i>	185	VERSALON	178
ULTRA FLO PEN NEEDLE	171	V		VERZENIO.....	56
ULTRA THIN PEN NEEDLE	172	<i>valacyclovir</i>	95	V-GO 20.....	178
ULTRACARE INSULIN SYRINGE	172	VALCHLOR.....	121	V-GO 30.....	178
ULTRACARE PEN NEEDLE	172, 173	<i>valganciclovir</i>	95	V-GO 40.....	178
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT).....	173	<i>valproate sodium</i>	63	<i>vienna</i>	120
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE	173, 174	<i>valproic acid</i>	63	<i>vigabatrin</i>	63
ULTRA-FINE PEN NEEDLE	173	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	63	<i>vigadrone</i>	63
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR.....	174	<i>valsartan</i>	102	<i>vilazodone</i>	68
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL	174	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	102	VIMKUNYA.....	205
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES.....	174	VALTOCO.....	63	<i>vinblastine</i>	56
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE	174	<i>vancomycin</i>	35	<i>vincasar pfs</i>	56
UNIFINE OTC PEN NEEDLE	174	VANFLYTA	56	<i>vincristine</i>	56
UNIFINE PEN NEEDLE	175	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE	177	<i>vinorelbine</i>	56
UNIFINE PENTIPS.....	155, 175	VANISHPOINT SYRINGE	177	VIRACEPT	93
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	175	VAQTA (PF).....	205	VIREAD.....	93
UNIFINE PENTIPS PLUS .	175, 176	<i>varenicline tartrate</i>	32	<i>virt-c dha</i>	224
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW	175	VARIVAX (PF)	205	<i>virt-nate dha</i>	224
UNIFINE PROTECT.....	176	VARIZIG	200	<i>virt-pn dha</i>	224
		<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	120	<i>virt-pn plus</i>	224
		VELTASSA	185	<i>vitafol gummies</i>	224
		VENCLEXTA.....	56	<i>vitafol nano</i>	224
		VENCLEXTA STARTING PACK	56	<i>vitafol-ob+dha</i>	224
		<i>venlafaxine</i>	67, 68	VITRAKVI	56
		<i>venlafaxine besylate</i>	67	VIVITROL	32
		VEOZAH	210	VIVOTIF	206
		<i>verapamil</i>	106	VIZIMPRO	57
		VERIFINE INSULIN SYRINGE	177, 178	VONJO.....	57
		VERIFINE PEN NEEDLE ..	177	VORANIGO	57
		VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	177	<i>voriconazole</i>	76
				VOSEVI	95
				VOWST.....	210
				<i>vp-ch-pnv</i>	224
				<i>vp-pnv-dha</i>	224
				VRAYLAR	89
				VYLOY	57
				VYNDAMAX	107
				VYZULTA.....	212

W		
<i>warfarin</i>	96	
WEBCOL.....	178	
WELIREG.....	57	
X		
XALKORI.....	57	
XARELTO.....	96	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START.....	96	
XATMEP.....	57	
XCOPRI.....	63	
XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	63	
XCOPRI TITRATION PACK	64	
XDEMVEY.....	181	
XELJANZ.....	200	
XELJANZ XR.....	200	
XEPI.....	122	
XERMELO.....	185	
XGEVA.....	208	
XIFAXAN.....	35	
XIGDUO XR.....	70, 71	
XIIDRA.....	183	
XOLAIR.....	219	
XOSPATA.....	57	
XPOVIO.....	57, 58	
XTANDI.....	58	
Y		
YESINTEK.....	200	
YF-VAX (PF).....	206	
<i>yuvafem</i>	189	
Z		
<i>zafirlukast</i>	216	
<i>zaleplon</i>	220	
<i>zarah</i>	120	
<i>zatean-pn dha</i>	224	
<i>zatean-pn plus</i>	224	
ZEJULA.....	58	
ZELBORAF.....	58	
<i>zenatane</i>	121	
ZENPEP.....	179	
<i>zidovudine</i>	93	
<i>zingiber</i>	224	
<i>ziprasidone hcl</i>	89	
<i>ziprasidone mesylate</i>	89	
ZIRGAN.....	181	
<i>zoledronic acid</i>	208	
<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	208	
ZOLINZA.....	58	
<i>zolmitriptan</i>	79	
<i>zolpidem</i>	220	
ZONISADE.....	64	
<i>zonisamide</i>	64	
<i>zovia 1/35e (28)</i>	120	
<i>zovia 1-35 (28)</i>	120	
ZTALMY.....	64	
ZURZUVAE.....	68	
ZYDELIG.....	58	
ZYKADIA.....	58	
ZYLET.....	181	
ZYPREXA RELPREVV.....	90	

Notice Informing Individuals About Nondiscrimination and Accessibility Requirements

Doctors HealthCare Plans, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity). Doctors HealthCare Plans, Inc. does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity).

Doctors HealthCare Plans:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages
- If you need these services, contact Member Services/Civil Rights.

If you believe that Doctors HealthCare Plans has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity), you can file a grievance with:

Doctors HealthCare Plans, Inc.

Attn: Member Services/Civil Rights

2020 Ponce De Leon Blvd, PH1

Coral Gables, FL 33134

Telephone: 833-342-7463 (TTY: 711)

Fax: 786-578-0293,

Email: civilrights@doctorshcp.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Member Services/Civil Rights, is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

Aviso informando a individuos sobre los requisitos de No Discriminación y Accesibilidad

Doctors HealthCare Plans, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Doctors HealthCare Plans, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Doctors HealthCare Plans:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes cualificados de lengua de signos
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas
- Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles.

Si cree que Doctors HealthCare Plans no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja con:

Doctors HealthCare Plans, Inc.

Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles
2020 Ponce De Leon Blvd, PHI
Coral Gables, FL 33134
Teléfono: 833-342-7463 (TTY: 711)
Fax: 786-578-0293,
Correo Electronico: civilrights@doctorshcp.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en: <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

MULTI-LANGUAGE INTERPRETER SERVICES

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 833-342-7463 (TTY:711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 833-342-7463 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 833-342-7463 (TTY:711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 833-342-7463 (TTY:711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 833-342-7463 (TTY:711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 833-342-7463 (TTY:711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 833-342-7463 (TTY:711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 833-342-7463 (TTY:711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 833-342-7463 (TTY:711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 833-342-7463 (TTY:711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 833-342-7463 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएं उपब्धि हैं। एक दुभाकिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 833-342-7463 (TTY:711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति कह नहीं देता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 833-342-7463 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 833-342-7463 (TTY:711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 833-342-7463 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 833-342-7463 (TTY:711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、833-342-7463 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

This formulary was updated on 12/01/2025. For more recent information or other questions, please contact Doctors HealthCare Plans Member Services Department at (786) 460-3427 or toll-free at (833) 342-7463 (TTY users should call 711), Monday through Sunday 8AM to 8PM ET, or visit www.doctorshcp.com.

Este formulario se actualizó el 1 de diciembre del 2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Doctors HealthCare Plans Departamento de Servicios al Asociado al (786) 460-3427 o al número de teléfono gratuito (833) 342-7463 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), lunes a domingo 8AM hasta 8PM ET, o visite www.doctorshcp.com.



2020 PONCE DE LEON BLVD., PH 1
CORAL GABLES, FLORIDA 33134

TELEPHONE (786) 460-3427

TOLL-FREE (833) 342-7463 (TTY:711)

WWW.DOCTORSHCP.COM

