

2026 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 10/15/2025. 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 Your cost for up to a one-month supply for a covered insulin product will not exceed the lesser of:
(1) \$35 (2) 25% of the Medicare-negotiated price (for 'Selected Drugs')
or (3) 25% of the Plan-negotiated price.

2026 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 15 de octubre 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 Su costo por un suministro de hasta un mes para un producto de insulina cubierto no excederá el menor de: (1) \$35 (2) 25% del precio negociado por Medicare (para 'Medicamentos seleccionados') o (3) 25% del precio negociado por el Plan.

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 10/15/2025. 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, 2026, 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/2026druglist/>.

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 2026 formulary that was covered at the beginning of the year, we will not discontinue or reduce coverage of the drug during the 2026 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 10/15/2025. 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 30. 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 28. 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.

10/15/2025

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 30. 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 5 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

	PREFERRED GENERIC	GENERIC	PREFERRED BRAND	NON-PREFERRED DRUGS	SPECIALTY	SUPPLEMENTAL DRUGS
South Florida	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	25%*	25%*	25%*	\$0
DrExtraCare (HMO C-SNP) H4140-004	\$0	\$0	\$0	\$55*	33%*	\$0
DrSelect (HMO) H4140-012	\$0	\$0	\$0	\$55*	33%*	\$0
DrFlex (HMO D-SNP) H4140-013	\$0	\$0	25%*	25%*	25%*	\$0
DrElite (HMO) H4140-019	\$0	\$0	\$47*	\$100*	33%*	\$0
Central Florida	Tier 1	Tier 2	Tier 3	Tier 4	Tier 5	Tier 6
DrSelect-CFL (HMO) H4140-016	\$0	\$0	\$0	\$55*	33%*	\$0
DrPlatinum-CFL (HMO D-SNP) H4140-017	\$0	\$0	25%*	25%*	25%*	\$0
DrTotalCare-CFL (HMO C-SNP) H4140-018	\$0	\$0	\$20*	\$60*	33%*	\$0

* Your cost for up to a one-month supply for a covered insulin product will not exceed the lesser of**: (1) \$35; (2) 25% of the Medicare-negotiated price (for 'Selected Drugs') or (3) 25% of the Plan-negotiated price regardless of the cost-sharing tier. **Or your tier copay/coinsurance, if lower.

*If you receive assistance from Medicaid or "Extra Help," you may pay less than the cost-sharing amounts listed. If your category of Medicaid eligibility or level of Extra Help changes, the cost share may increase or decrease.

- 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 and are not subject to the deductible (for Plans where a deductible applies).
- For Plans where a deductible applies, if you don't get Extra Help, the Deductible Stage is the first payment stage for your drug coverage. The deductible doesn't apply to covered insulin products and most adult Part D vaccines, including shingles, tetanus, and travel vaccines. You'll pay a yearly deductible of \$615 on *Tier 3, Tier 4 and Tier 5* drugs. **You must pay the full cost of your Tier 3, Tier 4 and Tier 5 drugs** until you reach our plan's deductible amount. For all other drugs, you won't have to pay any deductible. The **full cost** is usually lower than the normal full price of the drug since our plan negotiated lower costs for most drugs at network pharmacies. The full cost cannot exceed the maximum fair price plus dispensing fees for drugs with negotiated prices under the Medicare Drug Price Negotiation Program. Once you pay \$615 for your *Tier 3, Tier 4 and Tier 5* drugs, you leave the Deductible Stage and move on to the Initial Coverage Stage.
- **DrPlus (HMO D-SNP), DrFlex (HMO D-SNP), DrPlatinum-CFL (HMO D-SNP):** Because most of our members in these Plans get Extra Help with their prescription drug costs, the Deductible Stage does not apply to most members. If you get Extra Help, the deductible stage does not apply to you.
- **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-\$12.65 per prescription.
- **DrPlus (HMO D-SNP), DrFlex (HMO D-SNP), DrPlatinum-CFL (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. In addition to the drugs covered by Medicare, some prescription drugs are covered under your Medicaid benefits. These drugs are not normally covered in a Medicare prescription drug plan. To learn more about prescription drug coverage under your Medicaid benefits go to the Medicaid drug list available at <https://ahca.myflorida.com/medicaid/prescribed-drugs/medicaid-pharmaceutical-therapeutics-committee/florida-medicare-preferred-drug-list-pdl>
- **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.**
- Non-Formulary drugs approved via the Formulary Exception process will be subject to the Tier 5-Specialty Tier coinsurance.
- 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.
- Non-Formulary opioids, benzodiazepines or drugs that would meet the Specialty Threshold of >\$950 for a one month supply that are approved via the Formulary Exception process, are not available for a long-term supply.
- Drugs indicated with "**100 DS**" on the formulary can be filled for up to 100 days' supply.

- **All Plans: Important Message About What You Pay for Insulin** - Your cost for up to a one-month supply for a covered insulin product will not exceed the lesser of*: (1) \$35 (2) 25% of the Medicare-negotiated price (for 'Selected Drugs') or (3) 25% of the Plan-negotiated price regardless of the cost-sharing tier. *Or your tier copay/coinsurance, if lower.
- **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.
- **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, FreeStyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Freestyle Insulinx, Freestyle Precision Neo, Precision Xtra and Trividia/Nipro Products: True Metrix, Relion True Metrix, True Metrix Air. 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 when you have insulin prescription history within the last 120-days. Preferred CBGMs include Freestyle Libre, Freestyle Libre 2 Plus, Freestyle Libre 3, Freestyle Libre 3 Plus, 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 (MPPP):** You can opt in to the Medicare Prescription Payment Plan (MPPP) 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.

DOSAGE FORM ABBREVIATION	DEFINITION	DOSAGE FORM ABBREVIATION	DEFINITION
8 hr	8 hour	lozeng	lozenge
12 hr or 12h	12 hour	mini lozenge	miniature lozenge
24 hr or 24hr	24 hour	misc	miscellaneous
72 hr	72 hour	MP	Metered Pump
act	activated	muco	mucous
aero	aerosol	pak	packet
admin	administration	pack	packet
admix	admixture	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	sprink	sprinkle
delayed	delayed	sprinkl	sprinkle
disinteg	disintegrating	susp	suspension
disintegrat	disintegrating	suspen	suspension
dose	dosage	syring	syringe
DR	delayed release	tab	tablet
EC	Enteric-Coated	TD	transdermal
emolnt	emollient	var	variable
ENFit	enteral feeding connector	w/	with
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		

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 15 de octubre 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 2026 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 médicamente 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/2026druglist/>.

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 2026 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 15 de octubre 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 30. 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 28. 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 30. 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 18 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, ELIQUIS), 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

	GENÉRICOS PREFERIDOS	GENÉRICOS	MEDICAMENTOS DE MARCA PREFERIDOS	MEDICAMENTOS NO PREFERIDOS	MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS	MEDICAMENTOS SUPLEMENTARIOS
Sur de la Florida	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	25%*	25%*	25%*	\$0
DrExtraCare (HMO C-SNP) H4140-004	\$0	\$0	\$0	\$55*	33%*	\$0
DrSelect (HMO) H4140-012	\$0	\$0	\$0	\$55*	33%*	\$0
DrFlex (HMO D-SNP) H4140-013	\$0	\$0	25%*	25%*	25%*	\$0
DrElite (HMO) H4140-019	\$0	\$0	\$47*	\$100*	33%*	\$0
Centro de la Florida	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
DrSelect-CFL (HMO) H4140-016	\$0	\$0	\$0	\$55*	33%*	\$0
DrPlatinum-CFL (HMO D-SNP) H4140-017	\$0	\$0	25%*	25%*	25%*	\$0
DrTotalCare-CFL (HMO C-SNP) H4140-018	\$0	\$0	\$20*	\$60*	33%*	\$0

* Su costo por un suministro de hasta un mes de un producto de insulina cubierto no superará el menor de los siguientes montos**: (1) \$35; (2) 25 % del precio negociado con Medicare (para "Medicamentos Seleccionados"); (3) 25 % del precio negociado con el Plan. **O su copago/coseguro según el nivel, si es menor.

*Si recibe asistencia de Medicaid o "Ayuda Extra", puede pagar menos que los montos de costo compartido enumerados. Si su categoría de elegibilidad de Medicaid o nivel de Ayuda Extra cambia, el costo compartido puede aumentar o disminuir.

10/15/2025

- 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 de los niveles 1, 2 y 6 tienen un copago de \$0 y no están sujetos al deducible (para los planes donde se aplica un deducible).
- Para los planes donde se aplica un deducible, si no recibe Ayuda Extra, la etapa del deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluyendo culebrilla, tétanos y vacunas para viajes. Deberá pagar un deducible anual de \$615 por los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta alcanzar la cantidad del deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El costo total suele ser más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio máximo justo más las tarifas de dispensación para los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare. Una vez que pague \$615 por sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, saldrá de la etapa del deducible y pasará a la etapa de Cobertura Inicial.
- **DrPlus (HMO D-SNP), DrFlex (HMO D-SNP), DrPlatinum-CFL (HMO D-SNP):** Debido a que la mayoría de nuestros miembros en estos Planes reciben Ayuda Extra con sus costos de medicamentos recetados, la etapa del deducible no se aplica a la mayoría de los miembros. Si recibe Ayuda Extra, la etapa del deducible no se aplica a usted.
- **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-\$12.65 por receta.
- **DrPlus (HMO D-SNP), DrFlex (HMO D-SNP), DrPlatinum-CFL (HMO D-SNP) Duales completos solamente (QMB+, SLMB+ and FBDE):** Su plan tiene un contrato con la agencia de Medicaid para proporcionar cobertura adicional para medicamentos selectos. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos bajo sus beneficios de Medicaid. Estos medicamentos normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados bajo sus beneficios de Medicaid, consulte la lista de medicamentos de Medicaid disponible en: <https://ahca.myflorida.com/medicaid/prescribed-drugs/medicaid-pharmaceutical-therapeutics-committee/florida-medicaid-preferred-drug-list-pdl>
- **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.**
- 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.

- 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 opioides, benzodiazepinas o medicamentos que cumplirían con el umbral de especialidad de > \$950 para un suministro de un mes, no incluidos en el formulario que son aprobados a través del proceso de excepción del formulario, no están disponibles para un suministro a largo plazo.
- Los medicamentos indicados con "100 DS" en el formulario se pueden surtir para un suministro de hasta 100 días.
- **Todos los Planes: Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina** - Su costo por un suministro de hasta un mes de un producto de insulina cubierto no superará el menor de los siguientes montos*: (1) \$35 (2) 25% del precio negociado por Medicare (para 'Medicamentos Seleccionados') o (3) 25% del precio negociado por el Plan, independientemente del nivel de costos compartidos. *O su copago/coseguro según el nivel, si es menor.
- **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.
- **Los suministros preferidos para diabéticos** Usted paga un coseguro del 0% del costo total de los suministros preferidos para la diabetes (glucómetros, tiras reactivas, lancetas, dispositivos de lanceta y soluciones de control). Los suministros preferidos para la diabetes incluyen: productos Abbott: FreeStyle, FreeStyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Freestyle Insulinx, Freestyle Precision Neo, Precision Xtra y productos Trividia/Nipro: True Metrix, Relion True Metrix, True Metrix Air. Usted paga un coseguro del 20% del costo total de los glucómetros y las tiras reactivas no preferidos. Esto requiere autorización previa. Usted paga un coseguro del 20% del costo total de las lancetas, dispositivos para lancetas y soluciones de control no preferidos. Esto no requiere 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 si tiene un historial de prescripción de insulina en los últimos 120 días. Los CBGM preferidos incluyen Freestyle Libre, Freestyle Libre 2 Plus, Freestyle Libre 3, Freestyle Libre 3 Plus, Dexcom G6 y Dexcom G7. Paga un coseguro del 20% del costo total por un CBGM no preferido. Esto requiere autorización previa y prueba de un CBGM preferido.
- **Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (MPPP, por sus siglas en inglés):** Puede optar por el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (MPPP) 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.

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

Table of Contents/Tabla de Contenido

Analgesics/Analgésicos	30
Anesthetics/Anestésicos	34
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents/Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	35
Antianxiety Agents/Agentes Antiansiedad	36
Antibacterials/Antibacterianos	37
Anticancer Agents/Agentes Anti Cáncer	45
Anticholinergic Agents/Agentes Anticolinérgicos	62
Anticonvulsants/Anticonvulsivos	63
Antidementia Agents/Agentes Antidemencia	68
Antidepressants/Antidepresivos	69
Antidiabetic Agents/Agentes Antidiabetico	72
Antifungals/Antifúngicos	79
Antigout Agents/Agentes Antigota	81
Antihistamines/Antihistamínicos	81
Anti-Infectives (Skin And Mucous Membrane)/Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	82
Antimigraine Agents/Agentes Antimigraña	82
Antimycobacterials/Antimicobacteriales	83
Antinausea Agents/Agentes Antinausea	84
Antiparasite Agents/Agentes Antiparasitarios	85
Antiparkinsonian Agents/Agentes Antiparkinson	86
Antipsychotic Agents/Agentes Antipsicóticos	88
Antivirals (Systemic)/Antivirales (Sitémico)	95
Blood Products/Modifiers/Volume Expanders/Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen	101
Caloric Agents/Agentes Calóricos	103
Cardiovascular Agents/Agentes Cardiovasculares	105

Central Nervous System Agents/Agentes Del Sistema Nervioso Central	117
Contraceptives/Anticonceptivos	121
Cough And Cold Products/Productos Para La Tos Y Resfriado	125
Dental And Oral Agents/Agentes Dentales Y Orales.....	126
Dermatological Agents/Agentes Dermatológicos	126
Devices/Dispositivos	131
Enzyme Replacement/Modifiers/Reemplazo/Modificadores De Enzima	184
Eye, Ear, Nose, Throat Agents/Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta.....	185
Gastrointestinal Agents/Agentes Gastrointestinales.....	188
Genitourinary Agents/Agentes Genitourinarios	192
Heavy Metal Antagonists/Antagonistas De Metales Pesados.....	193
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	194
Immunological Agents/Agentes Inmunológicos	201
Inflammatory Bowel Disease Agents/Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	211
Irrigating Solutions/Soluciones Irrigantes.....	212
Metabolic Bone Disease Agents/Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	213
Miscellaneous Therapeutic Agents/Agentes Terapeuticos Misceláneos	214
Ophthalmic Agents/Agentes Oftálmicos	216
Replacement Preparations/Preparaciones De Reemplazo	218
Respiratory Tract Agents/Agentes Del Tracto Respiratorio	221
Skeletal Muscle Relaxants/Relajantes Musculares Esqueléticos.....	226
Sleep Disorder Agents/Agentes De Trastorno De Sueño.....	226
Vasodilating Agents/Agentes Vasodilatadores	227
Vitamins And Minerals/Vitaminas Y Minerales.....	228

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
Analgesics/Analgésicos		
Analgesics, Miscellaneous/Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5 ml cup inner 120 mg-12 mg /5 ml (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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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/Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos		
<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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	4	PA; QL (100 per 28 days)
<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/Anestésicos		
Local Anesthetics/Anestesia Local		

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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)
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents/Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents/Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	2	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	2	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	2	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	2	
<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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	3	NDS; QL (2 per 30 days)
<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/Agentes

Antiansiedad

Benzodiazepines/Benzodiacepinas

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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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)
<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 carpuject 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/Antibacterianos		
Aminoglycosides/Aminoglicósidos		
<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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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
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/Antibacteriales, Misceláneos		
<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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
<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	PA; NDS; QL (1800 per 30 days)
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	4	PA; 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/Cefalosporinas		

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
<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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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
<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/Macrólidos		
<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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
<i>erythrocine (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/Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<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/Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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
<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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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
<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/Quinolonas		
<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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	2	NDS
Sulfonamides/Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	2	NDS
<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/Tetraciclinas		
<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>	4	
Anticancer Agents/Agentes Anti Cáncer		
Anticancer Agents/Agentes Anti Cáncer		

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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)
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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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
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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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	3	
<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	
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (4 per 365 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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>	3	PA - New Starts; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	3	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, 560 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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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)
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
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	4	PA - New Starts; QL (1 per 84 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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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 28 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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
SCSEMBLIX 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	5	PA - New Starts; NDS
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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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 PELLET 150 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 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)	5	PA - New Starts; NDS; QL (16 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5	PA - New Starts; NDS; QL (4 per 28 days)
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
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (120 per 30 days)
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/Agentes Anticolinérgicos		
Antimuscarinics/Antispasmodics/Antimuscarínicos/Antiespasmódicos		
<i>glycopyrrolate injection solution 0.2 mg/ml</i>	4	
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5 ml (0.2 mg/ml)</i>	4	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
Anticonvulsants/Anticonvulsivos		
Anticonvulsants/Anticonvulsivos		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
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)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine 100 mg/5 ml cup outer 100 mg/5 ml (5 ml)</i>	2	
<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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
<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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
<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	5	PA - New Starts; NDS; 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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	3	
<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 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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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	
<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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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/Agentes Antidemencia

Antidementia Agents/Agentes Antidemencia

<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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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)
<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/Antidepresivos		
Antidepressants/Antidepresivos		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	NDS
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	NDS
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	NDS
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	NDS
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	NDS
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	NDS
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
<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	NDS
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	NDS
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	4	NDS
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	NDS
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	3	NDS
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	2	NDS
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i>	2	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	5	PA - New Starts; NDS
<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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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)
<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/Agentes

Antidiabetico

Antidiabetic Agents, Miscellaneous/Agentes

Antidiabeticos, Varios

<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	NDS; QL (30 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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
<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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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)
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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/Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	Max Insulin cost share per month supply
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	3	Max Insulin cost share per month supply
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	Max Insulin cost share per month supply
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	3	Max Insulin cost share per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	Max Insulin cost share per month supply; QL (30 per 28 days)
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	Max Insulin cost share per month supply; QL (30 per 28 days)
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	Max Insulin cost share per month supply; QL (40 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/ Requisitos/Límites
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	Max Insulin cost share per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	Max Insulin cost share per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	3	Max Insulin cost share 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 Insulin cost share per month supply
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	3	Max Insulin cost share per month supply
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	3	Max Insulin cost share per month supply
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	3	Max Insulin cost share per month supply
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	3	Max Insulin cost share per month supply
<i>insulin lispro protamin-lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (75-25)</i>	3	Max Insulin cost share per month supply
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i>	3	Max Insulin cost share per month supply
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen, half-unit 100 unit/ml</i>	3	Max Insulin cost share per month supply
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	3	Max Insulin cost share per month supply
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	Max Insulin cost share per month supply
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	Max Insulin cost share per month supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	3	Max Insulin cost share per month supply
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	Max Insulin cost share per month supply
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	Max Insulin cost share per month supply
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	Max Insulin cost share per month supply
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	Max Insulin cost share per month supply
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	Max Insulin cost share per month supply
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	Max Insulin cost share per month supply
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	3	Max Insulin cost share per month supply
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	Max Insulin cost share per month supply
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	Max Insulin cost share per month supply
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	Max Insulin cost share per month supply

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/ Requisitos/Límites
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	3	Max Insulin cost share per month supply; QL (30 per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	Max Insulin cost share per month supply; QL (30 per 28 days)
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML)	3	Max Insulin cost share per month supply; QL (18 per 28 days)
TRESIBA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	Max Insulin cost share per month supply; QL (40 per 28 days)
Sulfonylureas/Sulfonilureas		
<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)
<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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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/Antifúngicos		
Antifungals/Antifúngicos		
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>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i>	5	PA; 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
<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)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	5	PA; NDS
<i>econazole nitrate topical cream 1 %</i>	4	NDS; QL (170 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	2	NDS
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole 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	
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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>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/Agentes Antigota		
Antigout Agents, Other/Agentes Antigota, Otros		
<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/Antihistamínicos		
Antihistamines/Antihistamínicos		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	1	
<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	PA; NDS
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	PA; NDS
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA; NDS
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	1	PA; NDS
Anti-Infectives (Skin And Mucous Membrane)/Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
Anti-Infectives (Skin And Mucous Membrane)/Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
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/Agentes Antimigraña		
Antimigraine Agents/Agentes Antimigraña		
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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, suv</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)
<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/Antimicobacteriales		
Antimycobacterials/Antimicobacteriales		

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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/Agentes Antinausea		
Antinausea Agents/Agentes Antinausea		
<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	NDS
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	PA; NDS
<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	NDS
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	NDS
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	2	NDS
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	4	NDS
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA; NDS
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	NDS
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	4	PA; NDS; QL (10 per 30 days)
<i>trimethobenzamide oral capsule 300 mg</i>	2	PA - B vs D
Antiparasite Agents/Agentes Antiparasitarios		
Antiparasite Agents/Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	4	
<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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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>paromomycin oral capsule 250 mg</i>	2	
<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/Agentes

Antiparkinson

Antiparkinsonian Agents/Agentes

Antiparkinson

<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	PA; NDS
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	PA; NDS
<i>benztropine oral tablet 2 mg</i>	1	PA; NDS
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	4	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	4	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
RYTARY ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 48.75-195 MG	4	ST; QL (360 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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	PA; NDS
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	PA; NDS
Antipsychotic Agents/Agentes Antipsicóticos		
Antipsychotic Agents/Agentes Antipsicóticos		
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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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	NDS
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	NDS
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	2	NDS; QL (270 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	2	NDS; QL (135 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	4	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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>	4	PA - New Starts; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	4	PA - New Starts; NDS; 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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/ Requisitos/Límites
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)
<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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	4	QL (0.25 per 28 days)
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	NDS; 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	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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	4	NDS; QL (30 per 30 days)
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	NDS
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>	2	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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i>	4	QL (2 per 28 days)
<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	PA - New Starts; 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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	4	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	PA - New Starts; NDS; QL (2 per 28 days)
Antivirals (Systemic)/Antivirales (Sitémico)		
Antiretrovirals/Antirretrovirales		
<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>	4	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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	4	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<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, 167-250 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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	
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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	
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
SYMITUZA 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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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/Antivirales, Varios		
<i>foscarnet intravenous solution 24 mg/ml</i>	3	
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)	1	NDS; QL (20 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	1	NDS; QL (11 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	1	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/Antivirales Hcv		
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
Interferons/Interferones		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
Nucleosides And Nucleotides/Nucleósidos Y Nucleótidos		
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
Blood Products/Modifiers/Volume Expanders/Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Anticoagulants/Anticoagulantes		
<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)
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	3	NDS; 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/Modificadores De Formación De Sangre		
<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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
NEUPOGEN INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
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/Agentes Hematológicos, Varios		
<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/Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<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/Agentes Calóricos		
Caloric Agents/Agentes Calóricos		

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
AMINOSYN II 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA - B vs D
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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %</i>	1	PA - B vs D; NDS
<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/Agentes

Cardiovasculares

Alpha-Adrenergic Agents/Agentes Alfa-Adrenérgicos

<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>methylidopa 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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	2	
<i>methyldopate intravenous solution 250 mg/5 ml</i>	4	
<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/Antagonistas De Receptores De Angiotensina II		
<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 PELLETS 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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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)
<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	NDS; 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/Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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
<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	100 DS
<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/Agentes Antiarrítmicos		
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
<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/Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
<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/Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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 360 mg</i>	3	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 420 mg</i>	2	
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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/Agentes Cardiovasculares, Varios		
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)
<i>digitek 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>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	5	NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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)
Dihydropyridines/Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<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/Diuréticos		

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
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	
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM)	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
<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>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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/Dislipidémicos		
<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>	2	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	
<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-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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
<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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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/Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<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/Vasodilatadores		
<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	
<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/Agentes Del Sistema Nervioso Central		

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
Central Nervous System Agents/Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<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
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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>	4	PA; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	4	PA; 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)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/ Requisitos/Límites
<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)
<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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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</i>	4	PA; QL (112 per 28 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
Contraceptives/Anticonceptivos		
Contraceptives/Anticonceptivos		
<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)
ANNOVERA VAGINAL RING 0.15-0.013 MG/24 HOUR	3	QL (1 per 364 days)
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
<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>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>junel 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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/ Requisitos/Límites
<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	
<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>luteru (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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
<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/Productos Para La Tos Y Resfriado		

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
Cough And Cold Products/Productos Para La Tos Y Resfriado		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	6	EC
Dental And Oral Agents/Agentes Dentales Y Orales		
Dental And Oral Agents/Agentes Dentales Y Orales		
<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/Agentes Dermatológicos		
Dermatological Agents, Other/Agentes Dermatológicos, Otros		
<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	
<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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
REGRANEX 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/Antibacterianos		
Dermatológicos		
<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)
<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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
Dermatological Anti-Inflammatory Agents/Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<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	
<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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	4	PA; QL (100 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	
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	2	
<i>proctozone-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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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/Retinoides Dermatológicos		
<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/Escabidas Y Pediculidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	4	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	2	NDS
Devices/Dispositivos		
Devices/Dispositivos		
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)
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
1ST TIER UNIFINE PNTD 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
1ST TIER UNIFINE PNTD 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
1ST TIER UNIFINE PNTD 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)
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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 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
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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 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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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 1/4"	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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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 1/4"	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 1/4"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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
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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/ Requisitos/Límites
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)
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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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	PA; QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	PA; QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	PA; QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	PA; QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	PA; QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	PA; QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	PA; 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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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 31 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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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
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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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 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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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 COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/ Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST; QL (200 per 30 days)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
Enzyme Replacement/Modifiers/Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Enzyme Replacement/Modifiers/Reemplazo/Modificadores De Enzima		
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
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	5	PA; NDS
<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
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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
Eye, Ear, Nose, Throat Agents/Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta		
Eye, Ear, Nose, Throat Agents, Miscellaneous/Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<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/Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	2	
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
XDEMY 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/Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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)
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	3	QL (60 per 30 days)

Gastrointestinal Agents/Agentes Gastrointestinales

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
Antiulcer Agents And Acid Suppressants/Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<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>esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg</i>	2	NDS
<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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	1	NDS; QL (30 per 30 days)
<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	
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL COMBO PACK 20 MG (28)- 500 MG (84)	4	PA; NDS; QL (112 per 30 days)
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL COMBO PACK 20-500-500 MG	4	PA; NDS; QL (112 per 30 days)
Gastrointestinal Agents, Other/Agentes Gastrointestinales, Otros		
<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	PA; NDS
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	3	PA; NDS
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	1	PA; NDS
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	1	PA; NDS
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	1	PA; NDS
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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	PA; 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)
<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	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
Laxatives/Laxantes		
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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i>	3	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	3	NDS
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	3	NDS
Phosphate Binders/Enlaces De Fosfato		
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	4	
Genitourinary Agents/Agentes Genitourinarios		
Antispasmodics, Urinary/Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i>	3	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
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	PA; NDS
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	PA; NDS
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	3	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	3	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>trospium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	3	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	3	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
Genitourinary Agents, Miscellaneous/Agentes Genitourinarios, Varios		
<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/Antagonistas De Metales Pesados		
Heavy Metal Antagonists/Antagonistas De Metales Pesados		
<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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying/Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador		
Androgens/Andrógenos		
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)
<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/Estrógenos Y Antiestrógenos		
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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	4	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoids/Mineralocorticoids/Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
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	
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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
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/Pituitario		
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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA; NDS; QL (1 per 90 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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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/Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	3	QL (1 per 84 days)
<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/Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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	
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
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	
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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
Immunological Agents/Agentes Inmunológicos		
Immunological Agents/Agentes Inmunológicos		
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	
<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)
<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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/ Requisitos/Límites
IMOGAM RABIES-HT (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 150 UNIT/ML	3	
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5	PA; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	2	PA - B vs D
<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
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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA - New Starts; NDS; QL (60 per 30 days)
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	3	
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS; QL (360 per 30 days)
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>	4	PA - B vs D
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	4	PA - B vs D
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
STEQEYMA I.V. INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NDS
STEQEYMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA
STEQEYMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	5	PA; NDS; QL (4 per 28 days)
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.25 ML	5	PA; NDS; QL (0.25 per 28 days)
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (0.5 per 28 days)
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	5	PA; NDS; QL (4 per 28 days)
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS; QL (3.6 per 28 days)
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	5	PA; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS; QL (3.6 per 28 days)
<i>ustekinumab subcutaneous solution 45 mg/0.5 ml</i>	5	PA; NDS
<i>ustekinumab subcutaneous syringe 45 mg/0.5 ml, 90 mg/ml</i>	5	PA; NDS
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2 ML	3	
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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/Vacunas		
ABRYSVO (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
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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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
DENGVAIXA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	3	
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	2	PA - B vs D; NDS; \$0 copay
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	2	PA - B vs D; NDS; \$0 copay
ENGERIX-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)
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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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	
PREHEVBRIO (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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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)
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	3	
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	2	\$0 copay
VIVOTIF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT	2	\$0 copay
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/Agentes De Enfermedad
Intestinal Inflamatoria

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
Inflammatory Bowel Disease Agents/Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<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	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	2	
Irrigating Solutions/Soluciones Irrigantes		
Irrigating Solutions/Soluciones Irrigantes		

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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	
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	1	
Metabolic Bone Disease Agents/Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Metabolic Bone Disease Agents/Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
alendronate oral solution 70 mg/75 ml	2	QL (300 per 28 days)
alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg	1	QL (30 per 30 days)
alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg	1	QL (4 per 28 days)
calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation	2	QL (3.7 per 28 days)
calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml	2	
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	1	
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	2	
cinacalcet oral tablet 30 mg	4	QL (60 per 30 days)
cinacalcet oral tablet 60 mg	2	QL (60 per 30 days)
cinacalcet oral tablet 90 mg	4	QL (120 per 30 days)
doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg	4	
ibandronate oral tablet 150 mg	2	QL (1 per 28 days)
pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml)	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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/Agentes Terapeuticos		
Misceláneos		
Miscellaneous Therapeutic Agents/Agentes Terapeuticos		
Terapeuticos Misceláneos		

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA - New Starts; NDS
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>bupirone 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	PA; NDS
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 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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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/Agentes Oftálmicos		
Antiglaucoma Agents/Agentes Antiglaucoma		
<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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

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/Preparaciones De Reemplazo		
Replacement Preparations/Preparaciones De Reemplazo		
<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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	NDS
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i>	2	NDS
<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	NDS
<i>potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	2	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	NDS
<i>potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	2	NDS
<i>potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 20 meq/100 ml, 40 meq/100 ml</i>	1	NDS
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>	1	NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 8 meq</i>	2	
<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	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

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
Respiratory Tract Agents/Agentes Del Tracto Respiratorio		
Anti-Inflammatories, Inhaled Corticosteroids/Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
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 hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	3	QL (12 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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)
<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)
Antileukotrienes/Antileucotrinós		
<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/Broncodilatadores		
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<i>aminophylline intravenous solution 250 mg/10 ml</i>	2	
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	3	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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	3	
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)
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/Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<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
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NDS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	5	PA; NDS
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)
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>	3	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)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2)	5	PA; NDS; QL (1 per 21 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
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/Relajantes Musculares Esqueléticos		
Skeletal Muscle Relaxants/Relajantes Musculares Esqueléticos		
<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)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	PA; 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	PA; NDS
<i>orphenadrine citrate oral tablet extended release 100 mg</i>	1	PA; NDS
<i>tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	
Sleep Disorder Agents/Agentes De Trastorno De Sueño		
Sleep Disorder Agents/Agentes De Trastorno De Sueño		
<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)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	NDS; QL (30 per 30 days)
Vasodilating Agents/Agentes Vasodilatadores		
Vasodilating Agents/Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	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)
<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 (6 per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	6	EC; QL (6 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	4	PA; QL (30 per 30 days)
UPTRA VI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRA VI ORAL TABLET 200 MCG	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
Vitamins And Minerals/Vitaminas Y Minerales		
Vitamins And Minerals/Vitaminas Y Minerales		
<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	
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/ Requisitos/Límites
<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	
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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	
<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	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page numbers 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

Drug Name/Nombre del Medicamento	Drug Tier/Nivel de Medicamento	Requirements/Limits/Requisitos/Límites
<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 11, 12 and 13.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 25, 26 y 27.

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

10/15/2025

INDEX/ÍNDICE

1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	
.....	131
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	
PLUS.....	132
A	
<i>abacavir</i>	95
<i>abacavir-lamivudine</i>	95
ABELCET.....	79
ABILIFY ASIMTUFII.....	88
ABILIFY MAINTENA	88
<i>abiraterone</i>	46
<i>abirtega</i>	46
ABOUTTIME PEN NEEDLE	
.....	132
ABRYSVO (PF)	206
<i>acamprosate</i>	35
<i>acarbose</i>	72
<i>acebutolol</i>	109
<i>acetaminophen-codeine</i>	30
<i>acetazolamide</i>	216
<i>acetazolamide sodium</i>	216
<i>acetic acid</i>	185
<i>acetylcysteine</i>	224
<i>acitretin</i>	126
ACTHIB (PF).....	206
ACTIMMUNE.....	215
<i>acyclovir</i>	100, 126
<i>acyclovir sodium</i>	100
ADACEL(TDAP	
ADOLESN/ADULT)(PF) 206	
<i>adapalene</i>	131
<i>adefovir</i>	100
ADEMPAS	227
ADVAIR HFA.....	221
ADVOCATE PEN NEEDLE	
.....	132, 133
ADVOCATE SYRINGES ...	132
AIMOVIG AUTOINJECTOR	82
AKEEGA	46
<i>ala-cort</i>	128
<i>albendazole</i>	85
<i>albuterol sulfate</i>	222
<i>alclometasone</i>	128
ALCOHOL PADS	133
ALCOHOL PREP PADS....	155
ALCOHOL SWABS.....	133
ALCOHOL WIPES.....	133
ALECENSA.....	46
<i>alendronate</i>	213
<i>alfuzosin</i>	193
<i>aliskiren</i>	117
<i>allopurinol</i>	81
<i>alosetron</i>	212
<i>alprazolam</i>	36
ALPRAZOLAM INTENSOL	36
ALUNBRIG.....	46
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	121
<i>alyq</i>	227
<i>amantadine hcl</i>	86
<i>ambrisentan</i>	227
<i>amethia</i>	121
<i>amikacin</i>	37
<i>amiloride</i>	114
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	
.....	114
<i>aminophylline</i>	223
AMINOSYN II 10 %	104
AMINOSYN-PF 7 %	
(SULFITE-FREE).....	104
<i>amiodarone</i>	108
<i>amitriptyline</i>	69
<i>amlodipine</i>	113
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	115

<i>amlodipine-benazepril</i>	113
<i>amlodipine-olmesartan</i>	113
<i>amlodipine-valsartan</i>	113
<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid</i>	
.....	113
<i>ammonium lactate</i>	126
<i>amoxapine</i>	69
<i>amoxicillin</i>	42, 43
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	43
<i>amphotericin b</i>	79
<i>amphotericin b liposome</i>	79
<i>ampicillin</i>	43
<i>ampicillin sodium</i>	43
<i>ampicillin-sulbactam</i>	43
<i>anagrelide</i>	103
<i>anastrozole</i>	46
ANDRODERM	194
ANNOVERA	121
ANORO ELLIPTA	223
<i>apraclonidine</i>	185
<i>aprepitant</i>	84
<i>apri</i>	121
APTOM	63
APTIVUS.....	95
AQINJECT PEN NEEDLE..	133
<i>aranella (28)</i>	121
ARCALYST.....	201
AREXVY (PF)	206
<i>arformoterol</i>	223
ARIKAYCE	37
<i>aripiprazole</i>	88
ARISTADA.....	89
ARISTADA INITIO	89
<i>armodafinil</i>	226
ARNUITY ELLIPTA.....	221
<i>asenapine maleate</i>	89
<i>ashlyna</i>	121

<i>aspirin-dipyridamole</i>	103	<i>baclofen</i>	226	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	107
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL.....	133	<i>bal-care dha</i>	228	BENLYSTA.....	201
ASSURE ID DUO-SHIELD	133	<i>bal-care dha essential</i>	228	<i>benzonatate</i>	126
ASSURE ID INSULIN SAFETY.....	133, 134	<i>balsalazide</i>	212	<i>benztropine</i>	86
ASSURE ID PEN NEEDLE	133, 134	BALVERSA.....	46	BESREMI.....	201
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE.....	134	<i>balziva (28)</i>	121	<i>betaine</i>	215
ASTAGRAF XL.....	201	BAQSIMI.....	215	<i>betamethasone dipropionate</i>	128
<i>atazanavir</i>	95	BCG VACCINE, LIVE (PF)	206	<i>betamethasone valerate</i>	128
<i>atenolol</i>	109	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE.....	134	<i>betamethasone, augmented</i> ..	129
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	109	BD ECLIPSE LUER-LOK ..	134	BETASERON.....	118
<i>atomoxetine</i>	118	BD INSULIN SYRINGE.....	134	<i>betaxolol</i>	109, 216
<i>atorvastatin</i>	115	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT).....	134	<i>bethanechol chloride</i>	192
<i>atovaquone</i>	85	BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP.....	135	<i>bexarotene</i>	46, 47
<i>atovaquone-proguanil</i>	85	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE.....	134	BEXSERO.....	206
<i>atropine</i>	185	BD LO-DOSE ULTRA-FINE	135	<i>bicalutamide</i>	47
ATROVENT HFA.....	223	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE.....	135	BICILLIN C-R.....	43
<i>aubra eq</i>	121	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE.....	135	BICILLIN L-A.....	43
AUGTYRO.....	46	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	135	BIKTARVY.....	95
<i>auranofin</i>	201	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE.....	136	<i>bimatoprost</i>	216
AUSTEDO.....	118	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE.....	136	<i>bisoprolol fumarate</i>	109
AUSTEDO XR.....	118	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE.....	136	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	109
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	118	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE.....	136	<i>blisovi 24 fe</i>	121
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE.....	134	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE.....	136	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	121
AUVELITY.....	69	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT).....	136	BOOSTRIX TDAP.....	206, 207
<i>aviane</i>	121	BD VEO INSULIN SYRINGE UF.....	136	BORDERED GAUZE.....	136
AVMAPKI-FAKZYNJA.....	46	<i>benazepril</i>	107	<i>bortezomib</i>	47
AYVAKIT.....	46			<i>bosentan</i>	227
<i>azathioprine</i>	201			BOSULIF.....	47
<i>azathioprine sodium</i>	201			BOTOX.....	215
<i>azelaic acid</i>	126			BRAFTOVI.....	47
<i>azelastine</i>	185			BREO ELLIPTA.....	221
<i>azithromycin</i>	41			BREZTRI AEROSPHERE ..	223
<i>aztreonam</i>	42			<i>briellyn</i>	121
B				<i>brimonidine</i>	216
<i>bacitracin</i>	38, 185			<i>brimonidine-timolol</i>	216
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	185			<i>brinzolamide</i>	216
				BRIVIACT.....	63
				<i>bromfenac</i>	187
				<i>bromocriptine</i>	86
				BRONCHITOL.....	224

BRUKINSA	47	CARETOUCH ALCOHOL		<i>chlorthalidone</i>	114
<i>budesonide</i>	212, 221	PREP PAD	137	<i>chlorzoxazone</i>	226
<i>budesonide-formoterol</i>	221	CARETOUCH INSULIN		CHOLBAM	190
<i>bumetanide</i>	114	SYRINGE	137, 138	<i>cholestyramine (with sugar)</i> ..	115
<i>buprenorphine hcl</i>	30, 35	CARETOUCH PEN NEEDLE		<i>cholestyramine light</i>	115
<i>buprenorphine-naloxone</i>	35	.....	137	CHORIONIC	
<i>bupropion hcl</i>	69	<i>carglumic acid</i>	190	GONADOTROPIN,	
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	35	<i>carisoprodol</i>	226	HUMAN	197
<i>buspiron</i>	215	<i>carteolol</i>	216	<i>ciclopirox</i>	79
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i>	30	<i>cartia xt</i>	110	<i>cilostazol</i>	103
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>	30	<i>carvedilol</i>	109	CILOXAN	185
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	30	<i>carvedilol phosphate</i>	109	CIMDUO	95
<i>butorphanol</i>	30	<i>caspofungin</i>	79	<i>cimetidine</i>	189
C		CAYSTON	42	<i>cimetidine hcl</i>	189
<i>cabergoline</i>	87	<i>caziant (28)</i>	122	<i>cinacalcet</i>	213
CABOMETYX	47	<i>cefaclor</i>	40	<i>ciprofloxacin</i>	44
<i>calcipotriene</i>	126	<i>cefadroxil</i>	40	<i>ciprofloxacin hcl</i>	44, 186
<i>calcipotriene-betamethasone</i>	126	<i>cefazolin</i>	40	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	44
<i>calcitonin (salmon)</i>	213	<i>cefdinir</i>	40	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	
<i>calcitriol</i>	213	<i>cefepime</i>	40	.....	186
CALQUENCE	47	<i>cefixime</i>	40	<i>citalopram</i>	69
CALQUENCE		<i>cefotaxime</i>	40	<i>claravis</i>	126
(ACALABRUTINIB MAL)		<i>cefotetan</i>	40	<i>clarithromycin</i>	41
.....	47	<i>cefoxitin</i>	40	CLENPIQ	191
<i>camila</i>	122	<i>cefpodoxime</i>	40	CLEOCIN	82
<i>camrese lo</i>	122	<i>cefprozil</i>	40, 41	CLICKFINE PEN NEEDLE	
<i>candesartan</i>	106	<i>ceftazidime</i>	41	.....	138, 151
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>		<i>ceftriaxone</i>	41	<i>clindamycin hcl</i>	38
.....	106	<i>cefuroxime axetil</i>	41	CLINDAMYCIN IN 0.9 %	
CAPLYTA	89	<i>cefuroxime sodium</i>	41	SOD CHLOR	38
CAPRELSA	47	<i>celecoxib</i>	33	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ..	38
<i>captopril</i>	107	<i>cephalexin</i>	41	CLINDAMYCIN IN 5 %	
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>		CERDELGA	184	DEXTROSE	38
.....	108	<i>cetirizine</i>	81	<i>clindamycin pediatric</i>	38
<i>carbamazepine</i>	63	<i>cevimeline</i>	126	<i>clindamycin phosphate</i>	38, 82,
<i>carbidopa</i>	87	<i>chloramphenicol sod succinate</i>		127	
<i>carbidopa-levodopa</i>	87	.....	38	CLINIMIX 5%/D15W	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>		<i>chlordiazepoxide hcl</i>	36	SULFITE FREE	104
.....	87	<i>chlorhexidine gluconate</i>	126	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF	
CAREFINE PEN NEEDLE	136,	<i>chloroquine phosphate</i>	85, 86	FREE	104
137		<i>chlorothiazide sodium</i>	114	CLINIMIX 4.25%/D5W	
		<i>chlorpromazine</i>	89	SULFIT FREE	104

CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	104	COMFORT TOUCH PEN NEEDLE	140, 141	<i>daunorubicin</i>	48
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE	104	<i>completenate</i>	228	DAURISMO	48
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	104	<i>compro</i>	84	<i>deblitane</i>	122
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	104	COPIKTRA.....	48	<i>deferasirox</i>	193
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	104	CORLANOR.....	112	DELSTRIGO.....	95
<i>clobazam</i>	63	COTELLIC	48	<i>demeclocycline</i>	45
<i>clobetasol</i>	129	CREON	184	DENG VAXIA (PF).....	207
<i>clobetasol-emollient</i>	129	CRESEMBA	79	DEPO-ESTRADIOL	194
<i>clomipramine</i>	69	<i>cromolyn</i>	185, 190, 224	DEPO-MEDROL	196
<i>clonazepam</i>	36, 37	<i>cryselle (28)</i>	122	DEPO-SUBQ PROVERA 104	199
<i>clonidine</i>	105	CURAD GAUZE PAD	141	DERMACEA	141
<i>clonidine hcl</i>	105, 118	CURITY GAUZE	141	DERMACEA NON-WOVEN	141
<i>clopidogrel</i>	103	<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	228	DERMOTIC OIL	187
<i>clorazepate dipotassium</i>	37	<i>cyclobenzaprine</i>	226	DESCOVY	95
<i>clotrimazole</i>	79	<i>cyclophosphamide</i>	48	<i>desipramine</i>	69
<i>clotrimazole-betamethasone</i> ..	79	<i>cyclosporine</i>	187, 201	<i>desloratadine</i>	81
<i>clozapine</i>	89, 90	<i>cyclosporine modified</i>	201	<i>desmopressin</i>	197
<i>c-nate dha</i>	228	CYSTAGON	193	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> 122	
COARTEM.....	86	<i>cytarabine (pf)</i>	48	<i>desonide</i>	129
COBENFY	90	D		<i>desoximetasone</i>	129
COBENFY STARTER PACK	90	<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	218	<i>desvenlafaxine succinate</i>	70
<i>codeine sulfate</i>	30	<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	218	<i>dexamethasone</i>	196
<i>codeine-butalbital-asa-caff</i>	30	<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	218	DEXAMETHASONE INTENSOL	196
<i>colchicine</i>	81	<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	218	<i>dexamethasone sodium phos (pf)</i>	196
<i>colesevelam</i>	115	<i>dabigatran etexilate</i>	101	<i>dexamethasone sodium</i> <i>phosphate</i>	188, 196
<i>colestipol</i>	115	<i>dalfampridine</i>	118	<i>dexmethylphenidate</i>	118, 119
<i>colistin (colistimethate na)</i>	38	<i>danazol</i>	194	<i>dextroamphetamine sulfate</i> ..	119
COMBIPATCH	194	<i>dantrolene</i>	226	<i>dextroamphetamine-</i> <i>amphetamine</i>	119
COMBIVENT RESPIMAT. 223		DANZITEN	48	<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	218
COMETRIQ.....	48	<i>dapagliflozin propanediol</i>	72	<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	105
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	138, 139, 140	<i>dapsone</i>	84	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> 105	
COMFORT EZ PEN NEEDLES	138, 139	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	207	<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	218
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL.....	139	<i>daptomycin</i>	39		
		<i>darunavir</i>	95		
		<i>dasatinib</i>	48		

<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i>	<i>doxepin</i>	EASY GLIDE PEN NEEDLE
..... 218	 70	 147
<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride</i>	<i>doxercalciferol</i>	EASY TOUCH..... 148, 149
..... 218	 213	EASY TOUCH FLIPLOCK
DIACOMIT..... 63	<i>doxorubicin</i>	INSULIN..... 148
<i>diazepam</i> 37, 64	 48	EASY TOUCH FLIPLOCK
<i>diazepam intensol</i> 37	<i>doxy-100</i> 45	SYRINGE 148
<i>diazoxide</i> 215	<i>doxycycline hyclate</i> 45	EASY TOUCH INSULIN
<i>diclofenac epolamine</i> 33	<i>doxycycline monohydrate</i> 45	SAFETY SYR..... 147
<i>diclofenac potassium</i> 33	DRIZALMA SPRINKLE 70	EASY TOUCH INSULIN
<i>diclofenac sodium</i> 33, 34, 188	<i>dronabinol</i> 84	SYRINGE 147, 148, 149, 150
<i>diclofenac-misoprostol</i> 34	DROPLET INSULIN	EASY TOUCH LUER LOCK
<i>dicloxacillin</i> 43	SYR(HALF UNIT) .. 141, 142	INSULIN..... 148
<i>dicyclomine</i> 190	DROPLET INSULIN	EASY TOUCH PEN NEEDLE
<i>didanosine</i> 95	SYRINGE 141, 142, 143	 149
DIFICID 42	DROPLET MICRON PEN	EASY TOUCH SAFETY PEN
<i>diflunisal</i> 34	NEEDLE 143	NEEDLE 149, 150
<i>difluprednate</i> 188	DROPLET PEN NEEDLE.. 143,	EASY TOUCH
<i>digitek</i> 112	144	SHEATHLOCK INSULIN
<i>digoxin</i> 112	DROPSAFE ALCOHOL PREP	 148
DIGOXIN 112	PADS 144	EASY TOUCH UNI-SLIP .. 150
<i>dihydroergotamine</i> 82	DROPSAFE INSULIN	<i>econazole nitrate</i> 79
DILANTIN 64	SYRINGE 144	EDARBI..... 106
DILANTIN INFATABS..... 64	DROPSAFE PEN NEEDLE 145	EDARBYCLOR..... 106
DILANTIN-125 64	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	EDURANT..... 95
<i>diltiazem hcl</i> 110, 111	 122	EDURANT PED 95
<i>dilt-xr</i> 111	DROXIA 103	<i>efavirenz</i> 95, 96
<i>dimethyl fumarate</i> 119	<i>droxidopa</i> 105	<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> 96
DIPENTUM..... 212	<i>duloxetine</i> 70	<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>
<i>diphenhydramine hcl</i> 81	DUPIXENT PEN 201	 96
<i>diphenoxylate-atropine</i> 190	DUPIXENT SYRINGE 202	EGRIFTA SV 198
<i>disopyramide phosphate</i> 108	<i>dutasteride</i> 193	ELIGARD 49
<i>disulfiram</i> 35	<i>dutasteride-tamsulosin</i> 193	ELIGARD (3 MONTH)..... 48
DIURIL 114	E	ELIGARD (4 MONTH)..... 49
<i>divalproex</i> 64	EASY COMFORT ALCOHOL	ELIGARD (6 MONTH)..... 49
<i>dofetilide</i> 109	PAD..... 146	ELIQUIS 101
<i>donepezil</i> 68	EASY COMFORT INSULIN	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D
<i>dorzolamide</i> 216	SYRINGE 145, 146, 147	START 101
<i>dorzolamide-timolol</i> 217	EASY COMFORT PEN	ELMIRON..... 215
<i>dorzolamide-timolol (pf)</i> 217	NEEDLES 146	<i>eltrombopag olamine</i> 102
DOVATO..... 95	EASY COMFORT SAFETY	EMBRACE PEN NEEDLE . 150
<i>doxazosin</i> 105	PEN NEEDLE..... 145	EMCYT..... 49
	EASY GLIDE INSULIN	
	SYRINGE 147	

EMEND	84	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ..	42	FANAPT TITRATION PACK	
EMGALITY PEN	82	<i>erythromycin lactobionate</i>	42	C	91
EMGALITY SYRINGE	82	<i>erythromycin with ethanol</i> ...	127	FARXIGA	72
EMSAM	70	<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>		FASENRA	225
<i>emtricitabine</i>	96	.....	128	FASENRA PEN	224
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ...	96	ERZOFRI	90	<i>febuxostat</i>	81
<i>emtricitabine-tenofovir DF</i> ..	96	<i>escitalopram oxalate</i>	70	<i>felbamate</i>	64
EMTRIVA	96	<i>eslicarbazepine</i>	64	<i>felodipine</i>	113
<i>enalapril maleate</i>	108	<i>esomeprazole magnesium</i>	189	<i>fenofibrate</i>	115
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>		<i>esomeprazole sodium</i>	189	<i>fenofibrate micronized</i>	115
.....	108	<i>estradiol</i>	194, 195	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> ..	115
ENBREL	202	<i>estradiol valerate</i>	195	<i>fenofibric acid (choline)</i>	116
ENBREL MINI	202	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	195	<i>fentanyl</i>	31
ENBREL SURECLICK	202	ESTRING	195	<i>fentanyl citrate</i>	30
<i>endocet</i>	30	<i>eszopiclone</i>	226	<i>fesoterodine</i>	192
ENERGIX-B (PF)	207	<i>ethambutol</i>	84	FETZIMA	70
ENERGIX-B PEDIATRIC (PF)		<i>ethosuximide</i>	64	FIASP FLEXTOUCH U-100	
.....	207	<i>etodolac</i>	34	INSULIN	75
<i>enoxaparin</i>	101	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>		FIASP PENFILL U-100	
<i>enpresse</i>	122	.....	122	INSULIN	75
<i>entacapone</i>	87	<i>etoposide</i>	49	FIASP U-100 INSULIN	75
<i>entecavir</i>	100	<i>etravirine</i>	96	<i>finasteride</i>	193
ENTRESTO SPRINKLE	106	EUCRISA	129	<i>finngolimod</i>	119
<i>enulose</i>	190	EULEXIN	49	FINTEPLA	64
EPCLUSA	99	<i>everolimus (antineoplastic)</i>	49	FIRMAGON KIT W DILUENT	
EPIDIOLEX	64	<i>everolimus (immunosuppressive)</i>		SYRINGE	49, 50
<i>epinastine</i>	185	.....	202	FLAREX	188
<i>epinephrine</i>	112	EVOTAZ	96	FLEBOGAMMA DIF	202
EPIPEN 2-PAK	112	<i>exemestane</i>	49	<i>flecainide</i>	109
<i>epitol</i>	64	<i>ezetimibe</i>	115	<i>fluconazole</i>	80
<i>eplerenone</i>	117	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	115	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> .	80
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> ..	228	F		<i>flucytosine</i>	80
<i>ergoloid</i>	68	<i>falmina (28)</i>	122	<i>fludrocortisone</i>	196
<i>ergotamine-caffeine</i>	83	<i>famciclovir</i>	100	<i>flunisolide</i>	188
ERIVEDGE	49	<i>famotidine</i>	189	<i>fluocinolone</i>	129
ERLEADA	49	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	189	<i>fluocinolone and shower cap</i>	129
<i>erlotinib</i>	49	FANAPT	90	<i>fluocinonide</i>	129, 130
<i>errin</i>	122	FANAPT TITRATION PACK		<i>fluocinonide-emollient</i>	130
<i>ertapenem</i>	42	A	90	<i>fluoride (sodium)</i>	228, 230
<i>ery pads</i>	127	FANAPT TITRATION PACK		<i>fluorometholone</i>	188
<i>erythrocin (as stearate)</i>	42	B	90	<i>fluorouracil</i>	50, 126, 127
<i>erythromycin</i>	42, 186			<i>fluoxetine</i>	70

<i>fluphenazine decanoate</i>	91	<i>generlac</i>	190	HERNEXEOS	50
<i>fluphenazine hcl</i>	91	<i>gengraf</i>	202	HIBERIX (PF)	207
<i>flurbiprofen</i>	34	<i>gentamicin</i>	38, 128, 186	HUMULIN 70/30 U-100	
<i>flurbiprofen sodium</i>	188	<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i> ..	37	INSULIN.....	75
<i>fluticasone propionate</i> 130, 188,		GENVOYA.....	96	HUMULIN 70/30 U-100	
221, 222		GILOTRIF	50	KWIKPEN	75
<i>fluticasone propion-salmeterol</i>		<i>glatiramer</i>	119	HUMULIN N NPH INSULIN	
.....	222	GLEOSTINE.....	50	KWIKPEN	75
<i>fluvastatin</i>	116	<i>glimepiride</i>	78	HUMULIN N NPH U-100	
<i>fluvoxamine</i>	70	<i>glipizide</i>	78	INSULIN.....	75
<i>folic acid</i>	228	<i>glipizide-metformin</i>	78	HUMULIN R REGULAR U-	
<i>folivane-ob</i>	228	<i>glucagon emergency kit (human)</i>		100 INSULN	76
<i>fondaparinux</i>	101	.....	215	HUMULIN R U-500 (CONC)	
<i>formoterol fumarate</i>	223	<i>glutamine (sickle cell)</i>	215	INSULIN.....	76
<i>fosamprenavir</i>	96	<i>glyburide</i>	78, 79	HUMULIN R U-500 (CONC)	
<i>foscarnet</i>	99	<i>glyburide micronized</i>	78	KWIKPEN	76
<i>fosfomycin tromethamine</i>	39	<i>glyburide-metformin</i>	79	<i>hydralazine</i>	112
<i>fosinopril</i>	108	<i>glycopyrrolate</i>	62, 190	<i>hydrochlorothiazide</i>	114
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>		GLYXAMBI	72	<i>hydrocodone bitartrate</i>	31
.....	108	GOMEKLI	50	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> .	31
FOTIVDA	50	<i>granisetron (pf)</i>	84	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	31
FREESTYLE PRECISION. 150,		<i>granisetron hcl</i>	85	<i>hydrocortisone</i>	130, 196, 212
151		<i>griseofulvin microsize</i>	80	<i>hydrocortisone butyrate</i>	130
FRUZAQLA	50	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	80	<i>hydrocortisone valerate</i>	130
<i>fulvestrant</i>	50	<i>guanfacine</i>	105, 119	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...	186
<i>furosemide</i>	114	H		<i>hydromorphone</i>	31, 32
FUZEON.....	96	HAEGARDA	102	<i>hydromorphone (pf)</i>	31
FYCOMPA	64	<i>hailey 24 fe</i>	122	<i>hydroxychloroquine</i>	86
G		<i>halobetasol propionate</i>	130	<i>hydroxyurea</i>	50
<i>gabapentin</i>	64, 65	<i>haloperidol</i>	91	<i>hydroxyzine hcl</i>	81
<i>galantamine</i>	68	<i>haloperidol decanoate</i>	91	<i>hydroxyzine pamoate</i>	215
GAMMAGARD LIQUID....	202	<i>haloperidol lactate</i>	91	I	
GAMUNEX-C	202	HARVONI	100	<i>ibandronate</i>	213
GARDASIL 9 (PF)	207	HAVRIX (PF).....	207	IBRANCE	51
<i>gatifloxacin</i>	186	HEALTHWISE INSULIN		IBTROZI	51
GATTEX 30-VIAL.....	190	SYRINGE	151, 152	<i>ibu</i>	34
GAUZE PAD	151	HEALTHWISE PEN NEEDLE		<i>ibuprofen</i>	34
<i>gavilyte-c</i>	191	.....	152	<i>icatibant</i>	112
<i>gavilyte-g</i>	192	HEALTHY ACCENTS		ICLUSIG	51
GAVRETO	50	UNIFINE PENTIP	152	<i>icosapent ethyl</i>	116
<i>gefitinib</i>	50	<i>heparin (porcine)</i>	101	IDHIFA	51
<i>gemfibrozil</i>	116	HEPLISAV-B (PF)	207	<i>imatinib</i>	51

IMBRUVICA.....	51	INTRALIPID	105	JULUCA	97
<i>imipenem-cilastatin</i>	42	INVEGA HAFYERA	91	<i>junel 1/20 (21)</i>	122
<i>imipramine hcl</i>	70	INVEGA SUSTENNA	91, 92	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	122
<i>imiquimod</i>	127	INVEGA TRINZA.....	92	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	122
IMKELDI.....	51	IPOL.....	208	<i>junel fe 24</i>	122
IMLYGIC	51	<i>ipratropium bromide</i>	185, 223	JYNARQUE.....	114
IMOGAM RABIES-HT (PF)		<i>ipratropium-albuterol</i>	223	JYNNEOS (PF).....	208
.....	203	<i>irbesartan</i>	106	K	
IMOVAX RABIES VACCINE		<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>		KALETRA	97
(PF)	207	.....	106	KALYDECO.....	225
IMPAVIDO.....	86	ISENTRESS.....	96	<i>kariva (28)</i>	122
INBRIJA	87	ISENTRESS HD.....	96	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	122
INCONTROL ALCOHOL		ISOLYTE S PH 7.4.....	218	KERENDIA	117
PADS	152	ISOLYTE-P IN 5 %		<i>ketoconazole</i>	80
INCONTROL PEN NEEDLE		DEXTROSE.....	219	<i>ketoprofen</i>	34
.....	152, 153	ISOLYTE-S	218	<i>ketorolac</i>	34, 188
INCRELEX.....	198	<i>isoniazid</i>	84	KINERET.....	203
INCRUSE ELLIPTA	223	<i>isosorbide dinitrate</i>	117	KINRIX (PF).....	208
<i>indapamide</i>	114	<i>isosorbide mononitrate</i>	117	KISQALI.....	52
<i>indomethacin</i>	34	<i>isosorbide-hydralazine</i>	117	KISQALI FEMARA CO-PACK	
INFANRIX (DTAP) (PF)	208	<i>isotretinoin</i>	127	.....	52
INLYTA.....	51, 52	<i>isradipine</i>	113	KLOXXADO	36
INQOVI	52	ISTURISA.....	215	KOSELUGO	53
INREBIC.....	52	ITOVEBI.....	52	<i>kosher prenatal plus iron</i>	228
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> .	76	<i>itraconazole</i>	80	KRAZATI	53
<i>insulin aspart u-100</i>	76	IV PREP WIPES	155	L	
<i>insulin lispro</i>	76	<i>ivabradine</i>	112	<i>labetalol</i>	109
<i>insulin lispro protamin-lispro</i> 76		<i>ivermectin</i>	86	<i>lacosamide</i>	65
INSULIN SYR/NDL U100		IWILFIN	52	LACTATED RINGERS.....	213
HALF MARK	153	IXIARO (PF).....	208	<i>lactulose</i>	190
INSULIN SYRINGE	135	J		<i>lamivudine</i>	97
INSULIN SYRINGE		JAKAFI.....	52	<i>lamivudine-zidovudine</i>	97
MICROFINE.....	135	<i>jantoven</i>	101	<i>lamotrigine</i>	65
INSULIN SYRINGE		JANUMET	72	<i>lansoprazole</i>	189
NEEDLELESS.....	154	JANUMET XR	72	LANTUS SOLOSTAR U-100	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE		JANUVIA	73	INSULIN.....	76
U-100	150, 153, 154, 159,	JARDIANCE	73	LANTUS U-100 INSULIN....	76
162, 164, 168, 173, 174		JAYPIRCA.....	52	<i>lapatinib</i>	53
INSULIN U-500 SYRINGE-		JENTADUETO.....	73	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	123
NEEDLE	154	JENTADUETO XR	73	<i>larin 1/20 (21)</i>	123
INSUPEN PEN NEEDLE....	154	<i>jinteli</i>	195	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	123
INTELENCE.....	96	<i>juleber</i>	122	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	123

<i>latanoprost</i>	217	LINZESS.....	191	LUPRON DEPOT-PED (3	
LAZCLUZE.....	53	<i>liothyronine</i>	200	MONTH).....	198
<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	100	<i>liraglutide</i>	73	<i>lurasidone</i>	92
<i>leena 28</i>	123	LISCO.....	155	<i>lutea (28)</i>	123
<i>leflunomide</i>	203	<i>lisinopril</i>	108	LUTRATE DEPOT (3	
<i>lenalidomide</i>	53	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>		MONTH).....	54
LENVIMA.....	53	.....	108	LYBALVI.....	92
<i>lessina</i>	123	LITE TOUCH INSULIN PEN		LYNPARZA.....	54
<i>letrozole</i>	53	NEEDLES.....	155	LYSODREN.....	54
<i>leucovorin calcium</i>	215	LITE TOUCH INSULIN		LYTGOBI.....	54, 55
LEUKERAN.....	53	SYRINGE.....	155, 156	<i>lyza</i>	123
LEUKINE.....	102	<i>lithium carbonate</i>	119, 120	M	
<i>leuprolide</i>	53	<i>lithium citrate</i>	120	MAGELLAN INSULIN	
<i>leuprolide acetate (3 month)</i> ..	53	LIVTENCITY.....	99	SAFETY SYRNG.....	156
<i>levalbuterol hcl</i>	223	LOKELMA.....	191	MAGELLAN SYRINGE.....	156
<i>levalbuterol tartrate</i>	223	LONSURF.....	53	<i>magnesium sulfate</i>	219
<i>levetiracetam</i>	65	<i>loperamide</i>	191	<i>malathion</i>	131
<i>levobunolol</i>	217	<i>lopinavir-ritonavir</i>	97	<i>maraviroc</i>	97
<i>levocarnitine</i>	215	<i>lorazepam</i>	37	<i>marlissa (28)</i>	123
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	215	<i>lorazepam intensol</i>	37	<i>marnatal-f</i>	229
<i>levocetirizine</i>	81	LORBRENA.....	54	MARPLAN.....	70
<i>levofloxacin</i>	44, 185	<i>loryna (28)</i>	123	MATULANE.....	55
<i>levofloxacin in d5w</i>	44	<i>losartan</i>	106	<i>matzim la</i>	111
<i>levonest (28)</i>	123	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>		MAXICOMFORT II PEN	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i>		.....	106	NEEDLE.....	156
.....	123	<i>loteprednol etabonate</i>	188	MAXICOMFORT INSULIN	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	123	<i>lovastatin</i>	116	SYRINGE.....	156
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	123	<i>low-ogestrel (28)</i>	123	MAXI-COMFORT INSULIN	
<i>levora-28</i>	123	<i>loxapine succinate</i>	92	SYRINGE.....	156
<i>levothyroxine</i>	199	<i>lubiprostone</i>	191	MAXI-COMFORT INSULIN	
LEVOXYL.....	200	<i>ludent fluoride</i>	228	SYRINGE.....	157
LEXIVA.....	97	LUMAKRAS.....	54	MAXICOMFORT SAFETY	
LIBERVANT.....	65	LUMIGAN.....	217	PEN NEEDLE.....	157
<i>lidocaine</i>	35	LUPRON DEPOT.....	54, 198	<i>meclizine</i>	85
<i>lidocaine (pf)</i>	35	LUPRON DEPOT (3 MONTH)		<i>medroxyprogesterone</i>	199
<i>lidocaine hcl</i>	35	.....	54, 198	<i>mefloquine</i>	86
<i>lidocaine viscous</i>	35	LUPRON DEPOT (4 MONTH)		<i>megestrol</i>	55, 199
<i>lidocaine-prilocaine</i>	35	.....	54	MEKINIST.....	55
LILETTA.....	123	LUPRON DEPOT (6 MONTH)		MEKTOVI.....	55
<i>lincomycin</i>	39	.....	54	<i>meloxicam</i>	34
<i>linezolid</i>	39	LUPRON DEPOT-PED.....	198	<i>memantine</i>	68, 69
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	39			MENACTRA (PF).....	208

MENEST.....	195
MENQUADFI (PF)	208
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	208
mercaptopurine	55
meropenem	42
mesalamine	212
mesna	215
metformin	73
methadone	32
methazolamide	217
methenamine hippurate.....	39
methimazole	200
methocarbamol	226
methotrexate sodium	55
methotrexate sodium (pf)	55
methoxsalen.....	127
methscopolamine.....	191
methsuximide.....	65
methyl dopa	105
methyl dopa-hydrochlorothiazide	106
methyl dopate	106
methylphenidate hcl	120
methylprednisolone	196
methylprednisolone acetate .	196
methylprednisolone sodium succ	196, 197
metoclopramide hcl.....	191
metolazone	114
metoprolol succinate.....	110
metoprolol ta-hydrochlorothiaz	110
metoprolol tartrate.....	110
metronidazole.....	39, 82, 128
metronidazole in nacl (iso-os)	39
metyrosine	112
mexiletine	109
micafungin.....	80
miconazole-3	80
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE	157

MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE.....	157
microgestin 1.5/30 (21)	123
microgestin 1/20 (21)	123
microgestin fe 1.5/30 (28)	123
microgestin fe 1/20 (28)	124
midodrine	106
mifepristone.....	73
mimvey	195
MINI ULTRA-THIN II.....	158
minocycline	45
minoxidil.....	117
mirtazapine.....	71
misoprostol.....	189
mitoxantrone	55
M-M-R II (PF)	208
m-natal plus.....	229
modafinil	226
MODEYSO	55
moexipril	108
molindone.....	92
mometasone.....	130
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING... 158, 159	
MONOJECT INSULIN SYRINGE	158, 159
MONOJECT SYRINGE	158
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN	176
montelukast	222
morphine	32
MORPHINE.....	32
morphine concentrate	32
MOUNJARO	73
MOVANTIK.....	191
moxifloxacin	44, 186
moxifloxacin-sod.ace,sul-water	44
moxifloxacin-sod.chloride(iso)	44
MRESVIA (PF).....	208
MULTAQ.....	109

mupirocin	128
mycophenolate mofetil	203
mycophenolate sodium	203
mynatal.....	229
mynatal advance.....	229
mynatal plus	229
mynatal-z	229
mynate 90 plus.....	229
MYRBETRIQ	192
N	
nabumetone	34
nadolol.....	110
nafcillin	43
naftifine	80
nalbuphine.....	32
naloxone	36
naltrexone.....	36
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	159
NANO PEN NEEDLE	159
naproxen.....	34
naproxen sodium	34
naratriptan	83
NATACYN	186
nateglinide.....	73
NAYZILAM	65
nebivolol.....	110
necon 0.5/35 (28)	124
nefazodone.....	71
nelarabine	55
neomycin	38
neomycin-bacitracin-poly-hc	186
neomycin-bacitracin-polymyxin	186
neomycin-polymyxin b-dexameth	186
neomycin-polymyxin-gramicidin	186
neomycin-polymyxin-hc.....	186
NERLYNX.....	55
NEULASTA.....	102
NEUPOGEN	102, 103

NEUPRO.....	87	<i>nortriptyline</i>	71	<i>ocella</i>	124
<i>nevirapine</i>	97	NORVIR	97	<i>octreotide acetate</i>	198
<i>newgen</i>	229	NOVOFINE 30	159	ODEFSEY	97
NEXLETOL.....	116	NOVOFINE 32	159	ODOMZO	56
NEXLIZET	116	NOVOFINE PLUS	159	OFEV	225
NEXPLANON	124	NOVOLIN 70/30 U-100		<i>ofloxacin</i>	45, 187
<i>niacin</i>	116	INSULIN.....	77	OGSIVEO	56
<i>nicardipine</i>	113	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-		OJEMDA.....	56
NICOTROL	36	100.....	77	OJJAARA	56
NICOTROL NS	36	NOVOLIN N FLEXPEN	77	<i>olanzapine</i>	92, 93
<i>nifedipine</i>	113	NOVOLIN N NPH U-100		<i>olmesartan</i>	107
<i>nikki (28)</i>	124	INSULIN.....	77	<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid</i>	
<i>nilutamide</i>	55	NOVOLIN R FLEXPEN	77	.....	107
<i>nimodipine</i>	113	NOVOLIN R REGULAR U100		<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	
NINLARO.....	55	INSULIN.....	77	.....	107
<i>nitazoxanide</i>	86	NOVOLOG FLEXPEN U-100		<i>olopatadine</i>	185
<i>nitisinone</i>	184	INSULIN.....	77	<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	116
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...	39	NOVOLOG MIX 70-30 U-100		<i>omeprazole</i>	189
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>		INSULN	77	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2	
.....	39	NOVOLOG MIX 70-		PLUS).....	159
<i>nitroglycerin</i>	117, 215	30FLEXPEN U-100.....	77	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO	
<i>niva-plus</i>	229	NOVOLOG PENFILL U-100		KT(GEN5).....	159
NIVESTYM.....	103	INSULIN.....	77	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS	
<i>nizatidine</i>	189	NOVOLOG U-100 INSULIN		(GEN 5).....	159, 160
<i>nora-be</i>	124	ASPART	77	OMNIPOD 5	
NORDITROPIN FLEXPEN 198		NOVOTWIST	159	INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>		NUBEQA	55	.....	160
.....	124	NUCALA	225	OMNIPOD CLASSIC PODS	
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron</i> 124		NUEDEXTA.....	120	(GEN 3).....	160
<i>norethindrone (contraceptive)</i>		NUPLAZID.....	92	OMNIPOD DASH INTRO KIT	
.....	124	NURTEC ODT	83	(GEN 4).....	160
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>		NUTRILIPID	105	OMNIPOD DASH PDM KIT	
.....	124, 195	NUZYRA	45	(GEN 4).....	160
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>		<i>nyamyc</i>	80	OMNIPOD DASH PODS (GEN	
.....	124	<i>nystatin</i>	80	4)	160
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>		<i>nystatin-triamcinolone</i>	80, 81	OMNIPOD GO PODS	160
.....	124	<i>nystop</i>	81	OMNIPOD GO PODS 10	
NORMOSOL-M IN 5 %		NYVEPRIA	103	UNITS/DAY	160
DEXTROSE.....	219	O		OMNIPOD GO PODS 15	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	124	<i>obstetrix dha</i>	229	UNITS/DAY	160
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	124	<i>obstetrix dha prenatal duo</i> ...	229	OMNIPOD GO PODS 20	
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	124	<i>o-cal prenatal</i>	229	UNITS/DAY	160

OMNIPOD GO PODS 25	
UNITS/DAY	160
OMNIPOD GO PODS 30	
UNITS/DAY	160
OMNIPOD GO PODS 40	
UNITS/DAY	160
OMNITROPE	198
<i>ondansetron</i>	85
<i>ondansetron hcl</i>	85
ONUREG.....	56
OPIPZA.....	93
OPSUMIT	227
ORENCIA.....	203
ORENCIA (WITH MALTOSE)	
.....	203
ORENCIA CLICKJECT.....	203
ORFADIN.....	184
ORGOVYX.....	198
ORKAMBI.....	225
<i>orphenadrine citrate</i>	226
ORSERDU	56
<i>oseltamivir</i>	99
OSPHENA	195
OTEZLA	203
OTEZLA STARTER	203
<i>oxacillin</i>	43
<i>oxaprozin</i>	34
<i>oxazepam</i>	37
<i>oxcarbazepine</i>	65
<i>oxybutynin chloride</i>	192
<i>oxycodone</i>	32
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	32, 33
OZEMPIC	73
P	
<i>paliperidone</i>	93
<i>palonosetron</i>	85
<i>pamidronate</i>	213
PANRETIN.....	127
<i>pantoprazole</i>	189, 190
<i>paricalcitol</i>	214
PARICALCITOL.....	214
<i>paromomycin</i>	86

<i>paroxetine hcl</i>	71
PASER	84
PAXLOVID	99
<i>pazopanib</i>	56
PEDIARIX (PF).....	208
PEDVAX HIB (PF)	208
<i>peg 3350-electrolytes</i>	192
PEGASYS.....	100
<i>peg-electrolyte soln</i>	192
PEMAZYRE	56
PEN NEEDLE.....	161
PEN NEEDLE, DIABETIC	
151, 157, 160, 161, 163, 164	
PEN NEEDLE, DIABETIC,	
SAFETY.....	164
PENBRAYA (PF)	208
PENBRAYA MENACWY	
COMPONENT(PF).....	209
PENBRAYA MENB	
COMPONENT (PF).....	209
<i>penicillamine</i>	193
<i>penicillin g pot in dextrose</i>	44
<i>penicillin g potassium</i>	44
<i>penicillin g sodium</i>	44
<i>penicillin v potassium</i>	44
PENMENVY MEN A-B-C-W-	
Y (PF).....	209
PENMENVY MENACWY	
COMPONENT(PF).....	209
PENMENVY MENB	
COMPONENT (PF).....	209
PENTACEL (PF)	209
PENTACEL DTAP-IPV	
COMPNT (PF).....	209
<i>pentamidine</i>	86
PENTIPS PEN NEEDLE....	161,
162	
<i>pentoxifylline</i>	103
<i>perampanel</i>	66
<i>perindopril erbumine</i>	108
<i>permethrin</i>	131
<i>perphenazine</i>	93

<i>perphenazine-amitriptyline</i>	71
PERSERIS.....	93
<i>phenelzine</i>	71
<i>phenobarbital</i>	66
PHENYTEK.....	66
<i>phenytoin</i>	66
<i>phenytoin sodium</i>	66
<i>phenytoin sodium extended</i>	66
PHOSPHOLINE IODIDE....	217
PHYSIOLYTE	213
PHYSIOSOL IRRIGATION.....	213
PIFELTRO	97
<i>pilocarpine hcl</i>	126, 217
<i>pimecrolimus</i>	130
<i>pimozide</i>	93
<i>pimtree (28)</i>	124
<i>pindolol</i>	110
<i>pioglitazone</i>	74
<i>pioglitazone-glimepiride</i>	74
<i>pioglitazone-metformin</i>	74
PIP PEN NEEDLE	162
<i>piperacillin-tazobactam</i>	44
PIQRAY	56
<i>pirfenidone</i>	225
<i>piroxicam</i>	34
PLASMA-LYTE 148 PH 7.4	
.....	219
PLASMA-LYTE A	219
<i>pnv 29-I</i>	229
<i>pnv-dha + docusate</i>	229
<i>pnv-omega</i>	229
<i>podofilox</i>	127
<i>polymyxin b sulfate</i>	39
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	
.....	187
POMALYST	56
<i>portia 28</i>	125
<i>posaconazole</i>	81
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i>	
.....	219
<i>potassium chloride</i>	219, 220

<i>potassium chloride in 0.9%nacl</i> 219	<i>prenatal plus (calcium carb)</i> 229	<i>proparacaine</i> 185
<i>potassium chloride in 5 % dex</i> 219	<i>prenatal vitamin plus low iron</i> 230	<i>propranolol</i> 110
<i>potassium chloride in lr-d5..</i> 219	<i>prenatal-u</i> 230	<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i> 110
<i>potassium chloride in water.</i> 219	<i>preplus</i> 230	<i>propylthiouracil</i> 200
<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i> 220	<i>pretab</i> 230	PROQUAD (PF) 209
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl</i> 220	PRETOMANID 84	PROSOL 20 % 105
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i> 220	<i>prevalite</i> 116	<i>protriptyline</i> 71
<i>potassium citrate</i> 220	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 162	PULMOZYME 184
<i>pr natal 400</i> 229	PREVYMIS 99	PURE COMFORT ALCOHOL PADS..... 163
<i>pr natal 400 ec</i> 229	PREZCOBIX 97	PURE COMFORT PEN NEEDLE 163
<i>pr natal 430</i> 229	PREZISTA 97	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE..... 163
<i>pr natal 430 ec</i> 229	PRIFTIN..... 84	PURIXAN 56
<i>pramipexole</i> 87	PRIMAQUINE..... 86	PYLERA 191
<i>prasugrel hcl</i> 103	<i>primidone</i> 66	<i>pyrazinamide</i> 84
<i>pravastatin</i> 116	PRIORIX (PF)..... 209	<i>pyridostigmine bromide</i> 215, 216
<i>praziquantel</i> 86	PRIVIGEN 203	<i>pyrimethamine</i> 86
<i>prazosin</i> 106	PRO COMFORT ALCOHOL PADS 162	Q
<i>prednicarbate</i> 130	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 162	QINLOCK..... 57
<i>prednisolone</i> 197	PRO COMFORT PEN NEEDLE 162, 163	QUADRACEL (PF) 209, 210
<i>prednisolone acetate</i> 188	PROAIR RESPIClick 223	<i>quetiapine</i> 93
<i>prednisolone sodium phosphate</i> 188, 197	<i>probenecid</i> 81	<i>quinapril</i> 108
<i>prednisone</i> 197	<i>probenecid-colchicine</i> 81	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> 108
<i>pregabalin</i> 66	<i>procainamide</i> 109	<i>quinidine gluconate</i> 109
PREHEVBRIO (PF) 209	<i>prochlorperazine</i> 85	<i>quinidine sulfate</i> 109
PREMARIN 195	<i>prochlorperazine edisylate</i> 85	<i>quinine sulfate</i> 86
PREMASOL 10 %..... 105	<i>prochlorperazine maleate</i> 85	R
PREMPHASE 195	<i>procto-med hc</i> 130	RABAVERT (PF) 210
PREMPRO 196	<i>proctosol hc</i> 130	<i>rabeprazole</i> 190
<i>prenal true</i> 230	<i>proctozone-hc</i> 130	RALDESY 71
<i>prenaissance</i> 230	PRODIGY INSULIN SYRINGE 163	<i>raloxifene</i> 196
<i>prenaissance plus</i> 230	<i>progesterone micronized</i> 199	<i>ramelteon</i> 227
<i>prenatabs fa</i> 230	PROGRAF 203	<i>ramipril</i> 108
<i>prenatal 19</i> 230	PROLASTIN-C..... 225	<i>ranolazine</i> 113
<i>prenatal 19 (with docusate)</i> . 230	PROLIA 214	<i>rasagiline</i> 87
<i>prenatal low iron</i> 230	<i>promethazine</i> 82, 85	RAYALDEE 214
<i>prenatal plus</i> 230	<i>propafenone</i> 109	<i>reclipsen (28)</i> 125
		RECOMBIVAX HB (PF) 210

REGRANEX.....	127	ROWEEPRA XR.....	66	SIMBRINZA.....	217
RELENZA DISKHALER.....	99	ROZLYTREK.....	57	SIMLANDI(CF).....	204
<i>repaglinide</i>	74	RUBRACA.....	58	SIMLANDI(CF)	
REPATHA PUSHTRONEX.....	116	<i>rufinamide</i>	66	AUTOINJECTOR.....	204
REPATHA SURECLICK....	116	RUKOBIA.....	98	SIMPLI PEN NEEDLE.....	151
REPATHA SYRINGE.....	116	RYBELSUS.....	74	<i>simvastatin</i>	117
RESTASIS MULTIDOSE ..	188	RYDAPT.....	58	<i>sirolimus</i>	204
RETACRIT.....	103	RYTARY.....	87, 88	SIRTURO.....	84
RETEVMO.....	57	S		SKY SAFETY PEN NEEDLE	
RETROVIR.....	97	<i>sacubitril-valsartan</i>	107	.....	165
REVCovi.....	184	SAFESNAP INSULIN		<i>sodium chloride</i>	213, 221
REVUFORJ.....	57	SYRINGE.....	164	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	220
REXULTI.....	93	SAFETY PEN NEEDLE	164	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	220
REYATAZ.....	98	SANTYL.....	127	<i>sodium chloride 3 % hypertonic</i>	
REZDIFFRA.....	200	<i>sapropterin</i>	184	.....	221
REZLIDHIA.....	57	SAVELLA.....	121	<i>sodium chloride 5 % hypertonic</i>	
REZUROCK.....	204	<i>saxagliptin</i>	74	.....	221
RHOPRESSA.....	217	SCEMBLIX.....	58	<i>sodium oxybate</i>	227
<i>ribavirin</i>	100	<i>scopolamine base</i>	85	<i>sodium phenylbutyrate</i>	191
RIDAURA.....	204	SECUADO.....	94	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	191
<i>rifabutin</i>	84	SECURESAFE INSULIN		<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>	
<i>rifampin</i>	84	SYRINGE.....	165	.....	192
<i>riluzole</i>	120	SECURESAFE PEN NEEDLE		<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	100
<i>rimantadine</i>	99	.....	165	<i>solifenacin</i>	192
RINVOQ.....	204	<i>select-ob</i>	230	SOLQUA 100/33.....	78
RINVOQ LQ.....	204	<i>select-ob (folic acid)</i>	230	SOLTAMOX.....	58
<i>risedronate</i>	214	<i>selegiline hcl</i>	88	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL	
<i>risperidone</i>	94	<i>selenium sulfide</i>	128	(PF).....	197
<i>risperidone microspheres</i>	94	SELZENTRY.....	98	SOMAVERT.....	199
<i>ritonavir</i>	98	<i>se-natal 19 chewable</i>	230	<i>sorafenib</i>	58
<i>rivaroxaban</i>	102	SEREVENT DISKUS.....	224	<i>sotalol</i>	110
<i>rivastigmine</i>	69	<i>sertraline</i>	71	<i>sotalol af</i>	110
<i>rivastigmine tartrate</i>	69	<i>setlakin</i>	125	SPIRIVA RESPIMAT.....	224
<i>rizatriptan</i>	83	<i>sevelamer carbonate</i>	192	<i>spironolactone</i>	114
<i>r-natal ob</i>	230	<i>sharobel</i>	125	<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	
ROCKLATAN.....	217	SHINGRIX (PF).....	210	.....	114
<i>roflumilast</i>	225	SIGNIFOR.....	199	<i>sprintec (28)</i>	125
ROMVIMZA.....	57	<i>sildenafil</i>	227	SPRITAM.....	66, 67
<i>ropinirole</i>	87	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>		<i>sps (with sorbitol)</i>	191
<i>rosuvastatin</i>	116	.....	227	<i>sronyx</i>	125
ROTARIX.....	210	<i>silodosin</i>	193	<i>ssd</i>	128
ROTATEQ VACCINE.....	210	<i>silver sulfadiazine</i>	128	<i>stavudine</i>	98

STELARA.....	204	SYNJARDY.....	74	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	
STEQEYMA.....	204	SYNJARDY XR.....	74	.....	107
STEQEYMA I.V.....	204	SYNTHROID.....	200	<i>temazepam</i>	37
STERILE PADS.....	165	SYRINGE WITH NEEDLE,		TENIVAC (PF).....	210
STIOLTO RESPIMAT.....	224	SAFETY.....	164	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	98
STIVARGA.....	58	T		TEPMETKO.....	59
<i>streptomycin</i>	38	TABLOID.....	58	<i>terazosin</i>	193
STRIBILD.....	98	TABRECTA.....	58	<i>terbinafine hcl</i>	81
<i>sucalfate</i>	190	<i>tacrolimus</i>	131, 204, 205	<i>terbutaline</i>	224
<i>sulfacetamide sodium</i>	187	<i>tadalafil</i>	227	<i>terconazole</i>	82
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	128	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>		<i>teriflunomide</i>	121
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	187	.....	227	TERUMO INSULIN SYRINGE	
<i>sulfadiazine</i>	45	TAFINLAR.....	58	.....	168, 169
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>		<i>tafluprost (pf)</i>	217	<i>testosterone</i>	194
.....	45	TAGRISSO.....	58	<i>testosterone cypionate</i>	194
SULFAMYLON.....	127	TALTZ AUTOINJECTOR..	205	<i>testosterone enanthate</i>	194
<i>sulfasalazine</i>	212	TALTZ SYRINGE.....	205	TETANUS,DIPHThERIA TOX	
<i>sulindac</i>	34	TALZENNA.....	58, 59	PED(PF).....	210
<i>sumatriptan</i>	83	<i>tamoxifen</i>	59	<i>tetrabenazine</i>	121
<i>sumatriptan succinate</i>	83	<i>tamsulosin</i>	193	<i>tetracycline</i>	45
<i>sunitinib malate</i>	58	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	125	THALOMID.....	216
SUNLENCA.....	98	<i>taron-c dha</i>	230	<i>theophylline</i>	224
SURE COMFORT INS. SYR.		<i>taron-prex prenatal-dha</i>	230	THINPRO INSULIN SYRINGE	
U-100.....	165	TASIGNA.....	59	.....	169
SURE COMFORT INSULIN		<i>tasimelteon</i>	227	<i>thioridazine</i>	94
SYRINGE.....	165, 166	TAVNEOS.....	205	<i>thiothixene</i>	94
SURE COMFORT PEN		<i>tazarotene</i>	131	<i>tiadylt er</i>	111
NEEDLE.....	166	<i>tazicef</i>	41	<i>tiagabine</i>	67
SURE COMFORT SAFETY		<i>taztia xt</i>	111	TIBSOVO.....	59
PEN NEEDLE.....	165	TAZVERIK.....	59	<i>ticagrelor</i>	103
SURE-FINE PEN NEEDLES		TDVAX.....	210	TICE BCG.....	59
.....	166	TECHLITE INSULIN		TICOVAC.....	210
SURE-JECT INSULIN		SYRINGE.....	167, 168	<i>tigecycline</i>	45
SYRINGE.....	166, 167	TECHLITE INSULN		<i>timolol</i>	217
SURE-PREP ALCOHOL PREP		SYR(HALF UNIT).....	167	<i>timolol maleate</i>	110, 217
PADS.....	167	TECHLITE PEN NEEDLE .	168	<i>tinidazole</i>	86
SUTAB.....	192	TECHLITE PLUS PEN		<i>tiotropium bromide</i>	224
SYMLINPEN 120.....	74	NEEDLE.....	168	TIROSINT.....	200
SYMLINPEN 60.....	74	TEFLARO.....	41	TIROSINT-SOL.....	200
SYMPAZAN.....	67	TEGLUTIK.....	121	TIVICAY.....	98
SYMTUZA.....	98	<i>telmisartan</i>	107	TIVICAY PD.....	98
SYNAREL.....	199	<i>telmisartan-amlodipine</i>	107	<i>tizanidine</i>	226

TOBI PODHALER.....	38	<i>trihexyphenidyl</i>	88	TYENNE AUTOINJECTOR	
TOBRADEX.....	187	TRIJARDY XR.....	74	.....	205
<i>tobramycin</i>	187	TRIKAFTA.....	225	TYMLOS	214
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ...	38	<i>tri-legest fe</i>	125	TYPHIM VI	211
<i>tobramycin sulfate</i>	38	<i>tri-lo-estarylla</i>	125	U	
<i>tobramycin-dexamethasone</i> .	187	<i>tri-lo-sprintec</i>	125	ULTICARE	173, 174
<i>tolterodine</i>	193	<i>trimethobenzamide</i>	85	ULTICARE INSULIN	
<i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i>		<i>trimethoprim</i>	39	SYRINGE	173
.....	114	<i>trimipramine</i>	71	ULTICARE INSULN	
TOPCARE CLICKFINE	169	TRINTELLIX	71	SYR(HALF UNIT)	173
TOPCARE ULTRA		<i>tri-sprintec (28)</i>	125	ULTICARE PEN NEEDLE	173,
COMFORT	169	TRIUMEQ	98	174	
<i>topiramate</i>	67	TRIUMEQ PD	98	ULTICARE SAFETY PEN	
<i>toremifene</i>	59	<i>trivora (28)</i>	125	NEEDLE	174
<i>torsemid</i>	114	TRIZIVIR.....	98	ULTIGUARD SAFEPAK-	
TRADJENTA	74	TROPHAMINE 10 %	105	INSULIN SYR.....	174, 175
<i>tramadol</i>	33	<i>trospium</i>	193	ULTIGUARD SAFEPAK-	
<i>tramadol-acetaminophen</i>	33	TRUE COMFORT ALCOHOL		PEN NEEDLE.....	175
<i>trandolapril</i>	108	PADS	170	ULTILET ALCOHOL SWAB	
<i>trandolapril-verapamil</i>	108	TRUE COMFORT INSULIN		.....	175
<i>tranexamic acid</i>	103	SYRINGE	170	ULTILET INSULIN SYRINGE	
<i>tranylcypromine</i>	71	TRUE COMFORT PEN		.....	153, 175, 176
TRAVASOL 10 %	105	NEEDLE	170, 171	ULTILET PEN NEEDLE	176
<i>travoprost</i>	217	TRUE COMFORT PRO		ULTRA CMFT INS SYR	
<i>trazodone</i>	71	ALCOHOL PADS	171	(HALF UNIT)	151, 165
TRECTOR	84	TRUE COMFORT PRO INS		ULTRA COMFORT INSULIN	
TRELEGY ELLIPTA	224	SYRINGE	169, 170, 171	SYRINGE	145, 151, 176
TRELSTAR	59	TRUE COMFORT SAFE		ULTRA FLO INSUL	
TRESIBA FLEXTOUCH U-100		INSULIN SYRG	170, 171	SYR(HALF UNIT)	176
.....	78	TRUE COMFORT SAFETY		ULTRA FLO INSULIN	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200		PEN NEEDLE.....	170	SYRINGE	177
.....	78	TRUEPLUS INSULIN	172, 173	ULTRA FLO PEN NEEDLE	
TRESIBA U-100 INSULIN... 78		TRUEPLUS PEN NEEDLE	172	.....	176, 177
<i>tretinoin</i>	131	TRULICITY.....	75	ULTRA THIN PEN NEEDLE	
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	59	TRUMENBA	211	.....	177
<i>triamcinolone acetonide</i>	126, 131, 197	TRUQAP.....	59	ULTRACARE INSULIN	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>		TUKYSA	60	SYRINGE	177, 178
.....	115	TURALIO	60	ULTRACARE PEN NEEDLE	
<i>trientine</i>	193	TWINRIX (PF)	211	.....	178
<i>trifluoperazine</i>	94	TYBOST	216	ULTRA-FINE INS SYR (HALF	
<i>trifluridine</i>	187	TYENNE.....	205	UNIT).....	178

ULTRA-FINE INSULIN		VANFLYTA	60	VIRACEPT	98
SYRINGE	178, 179	VANISHPOINT INSULIN		VIREAD.....	98, 99
ULTRA-FINE PEN NEEDLE		SYRINGE	182	<i>virt-c dha</i>	230
.....	179	VANISHPOINT SYRINGE	182	<i>virt-nate dha</i>	230
ULTRA-THIN II (SHORT) INS		VAQTA (PF).....	211	<i>virt-pn dha</i>	230
SYR.....	179, 180	<i>varenicline tartrate</i>	36	<i>virt-pn plus</i>	230
ULTRA-THIN II (SHORT)		VARIVAX (PF)	211	<i>vitafol gummies</i>	231
PEN NDL.....	180	VARIZIG	205	<i>vitafol nano</i>	231
ULTRA-THIN II INS PEN		VAXCHORA VACCINE ...	211	<i>vitafol-ob+dha</i>	231
NEEDLES.....	180	<i>velivet triphasic regimen (28)</i>		VITRAKVI	60
ULTRA-THIN II INSULIN		.....	125	VIVITROL.....	36
SYRINGE	179, 180	VELSIPITY	205	VIVOTIF.....	211
UNIFINE OTC PEN NEEDLE		VENCLEXTA.....	60	VIZIMPRO	61
.....	180	VENCLEXTA STARTING		VONJO.....	61
UNIFINE PEN NEEDLE	180	PACK.....	60	VOQUEZNA DUAL PAK ..	190
UNIFINE PENTIPS.....	160, 180	<i>venlafaxine</i>	72	VOQUEZNA TRIPLE PAK	190
UNIFINE PENTIPS		<i>venlafaxine besylate</i>	72	VORANIGO	61
MAXFLOW	180	VEOZAH	216	<i>voriconazole</i>	81
UNIFINE PENTIPS PLUS..	181	<i>verapamil</i>	111, 112	VOSEVI.....	100
UNIFINE PENTIPS PLUS		VERIFINE INSULIN		VOWST.....	216
MAXFLOW	181	SYRINGE	182, 183	<i>vp-ch-pnv</i>	231
UNIFINE PROTECT.....	181	VERIFINE PEN NEEDLE .	182,	<i>vp-pnv-dha</i>	231
UNIFINE SAFECONTROL		183		VRAYLAR	94
PEN NEEDLE	181, 182	VERIFINE PLUS PEN		VYLOY	61
UNIFINE ULTRA PEN		NEEDLE	183	VYZULTA.....	218
NEEDLE	182	VERIFINE PLUS PEN		W	
UNITHROID	200	NEEDLE-SHARP	183	<i>warfarin</i>	102
UPTRAVI	227, 228	VERQUVO	113	WEBCOL.....	183
<i>ursodiol</i>	191	VERSACLOZ	94	WELIREG.....	61
<i>ustekinumab</i>	205	VERSALON	183	WINREVAIR.....	225
V		VERZENIO.....	60	X	
<i>valacyclovir</i>	100	V-GO 20.....	183	XALKORI.....	61
VALCHLOR.....	127	V-GO 30.....	183	XARELTO	102
<i>valganciclovir</i>	100	V-GO 40.....	183	XARELTO DVT-PE TREAT	
<i>valproate sodium</i>	67	<i>vienna</i>	125	30D START	102
<i>valproic acid</i>	67	<i>vigabatrin</i>	67	XATMEP	61
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	67	<i>vilazodone</i>	72	XCOPRI	68
<i>valsartan</i>	107	VIMKUNYA	211	XCOPRI MAINTENANCE	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>		<i>vinblastine</i>	60	PACK	67
.....	107	<i>vincasar pfs</i>	60	XCOPRI TITRATION PACK	68
VALTOCO	67	<i>vincristine</i>	60	XDEMVEY	187
<i>vancomycin</i>	39	<i>vinorelbine</i>	60	XELJANZ	205

XELJANZ XR	205
XERMELO	191
XGEVA.....	214
XIFAXAN.....	39
XIGDUO XR	75
XIIDRA.....	188
XOLAIR	226
XOSPATA	61
XPOVIO	61, 62
XTANDI	62
Y	
YESINTEK	206
YF-VAX (PF)	211
YONSA.....	62
<i>yuvaferm</i>	196

Z	
<i>zafirlukast</i>	222
<i>zaleplon</i>	227
<i>zarah</i>	125
<i>zatean-pn dha</i>	231
<i>zatean-pn plus</i>	231
ZEJULA	62
ZELBORAF	62
<i>zenatane</i>	127
ZENPEP	184
<i>zidovudine</i>	99
<i>zingiber</i>	231
<i>ziprasidone hcl</i>	94
<i>ziprasidone mesylate</i>	95
ZIRGAN.....	187
<i>zoledronic acid</i>	214

<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	214
ZOLINZA	62
<i>zolmitriptan</i>	83
<i>zolpidem</i>	227
ZONISADE.....	68
<i>zonisamide</i>	68
<i>zovia 1/35e (28)</i>	125
<i>zovia 1-35 (28)</i>	125
ZTALMY	68
ZURZUVAE	72
ZYDELIG	62
ZYKADIA.....	62
ZYLET	187
ZYPREXA RELPREVV	95

Notice of Non-Discrimination

Doctors HealthCare Plans, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate or exclude people on the basis of race, color, creed, religion, national origin, age, disability, political affiliations or beliefs, 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, you can file a grievance with:

Doctors HealthCare Plans, Inc.

Attn: Member Services/Civil Rights
2020 Ponce De Leon Blvd, PHI
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 de No Discriminación

Doctors HealthCare Plans, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color, credos, religión, origen nacional, edad, discapacidad, afiliaciones o creencias políticas, o sexo (incluyendo embarazo, orientación sexual e 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, 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>.

NOTICE OF AVAILABILITY OF LANGUAGE ASSISTANCE, AUXILIARY AIDS AND SERVICES

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 833-342-7463 (TTY:711) or speak to your provider.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, están disponibles servicios de asistencia lingüística gratuita para usted. También están disponibles sin cargo adecuado apoyos y servicios para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 833-342-7463 (TTY:711) o hable con su proveedor.

Haitian Creole: 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.

Arabic: وسائل تتوفر كما. المجانية اللغوية المساعدة خدمات لك فستتوفر، العربية اللغة تتحدث كنت إذا: تنبيه 833-342-7463 م الرق على اتصل. مجاناً إليها الوصول يمكن بتنسيقات المعلومات لتوفير مناسبة وخدمات مساعدة (TTY:711) "الخدمة مقدم إلى تحدث أو".

Chinese Traditional: 注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 833-342-7463 (TTY:711) 或與您的提供者討論。」

Chinese Simplified: 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 833-342-7463 (文本电话: (TTY:711) 或咨询您的服务提供商。

French: ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 833-342-7463 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachhilfe-Dienste zur Verfügung. Angemessene Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in zugänglichen Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 833-342-7463 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Gujarati: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓકઝલિરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વાનિ મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 833-342-7463 (TTY:711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Italian: ATTENZIONE: Se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti per te. Sono disponibili anche ausili e servizi appropriati per fornire informazioni in formati accessibili, anch'essi gratuiti. Chiama il 833-342-7463 (TTY:711) o parla con il tuo fornitore.

Korean: 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 833-342-7463 (TTY:711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Polish: UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 833-342-7463 (TTY:711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą”.

Portuguese: ATENÇÃO: Se você fala Português, serviços de assistência linguística gratuitos estão disponíveis para você. Ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 833-342-7463 (TTY:711) ou converse com seu prestador de serviços.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 833-342-7463 (TTY:711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 833-342-7463 (TTY:711) o makipag-usap sa iyong provider.”

Thai: หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 833-342-7463 (TTY:711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ”

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số Người khuyết tật: 833-342-7463 (TTY:711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.”

This formulary was updated on 10/15/2025. 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 15 de octubre 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

MEMBER SERVICES DEPARTMENT

DIRECT (786) 460-3427
TOLL-FREE (833) 342-7463 (TTY:711)
7 DAYS A WEEK, 8AM TO 8PM

[WWW.DOCTORSHCP.COM](http://www.doctorshcp.com)

