

# **American Health Medicare**

## **Formulario 2012**

### **Lista de Medicamentos Cubiertos**

**FAVOR DE LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

**Nota para afiliados existentes:** Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Por favor, revíselo para asegurarse que aún incluye los medicamentos que usted utiliza.

Beneficiarios deberán utilizar farmacias que formen parte de nuestra red para obtener su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, prima y/o copagos o coaseguros pueden cambiar el 1 de enero del 2013.

American Health Medicare es una Organización Medicare Advantage con un contrato con Medicare.

Para obtener este documento en otro formato como inglés, letra más grande o Braille favor de comunicarse con Servicios al Cliente al 1-888-620-1919, usuarios de TTY/TDD (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520. Estamos disponibles de lunes a domingo de 8:00AM a 8:00PM.

## **¿Qué es el Formulario de American Health Medicare?**

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por American Health Medicare previamente, consultados con un equipo de proveedores de salud, que representa las terapias recetadas que se piensa son parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. American Health Medicare, por lo general, cubre los medicamentos listados en nuestro formulario siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta sea despachada en una farmacia de la red de American Health Medicare y se sigan otras reglas del plan. Para más información sobre el despacho de sus recetas, revise su Evidencia de Cubierta.

## **¿Puede cambiar el Formulario?**

Por lo general, si usted está tomando un medicamento que aparece en nuestro formulario del 2012 y éste estaba cubierto al principio del año, no reduciremos o descontinuaremos la cubierta del mismo durante el año 2012; excepto cuando un medicamento genérico nuevo de menor precio esté disponible o cuando surja información adversa sobre la seguridad o efectividad del medicamento. Otros tipos de cambios en el formulario, tales como eliminar un medicamento de nuestro formulario, no afectarán a los afiliados que al presente estén usando el medicamento. Éste seguirá estando disponible al mismo costo compartido por el resto del año de cubierta para aquellos afiliados que lo usen. Creemos que es importante que usted tenga acceso continuo por el resto del año de cubierta a aquellos medicamentos que estaban disponibles cuando usted escogió nuestro plan, excepto en caso de que usted pueda ahorrar dinero adicional o mejorar la seguridad de su medicamento.

Si nosotros eliminamos medicamentos de nuestro formulario o añadimos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada a un medicamento o si movemos un medicamento a un nivel más alto de costo compartido, tenemos que notificarle el cambio a los afiliados afectados al menos 60 días antes de que el cambio se haga efectivo o al momento en que el afiliado solicite una repetición del medicamento, en cuyo momento el afiliado recibirá una cantidad para 60 días del medicamento. Si la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, nosotros eliminaremos inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y le notificaremos a los afiliados que utilizan el medicamento. El formulario que se adjunta tiene fecha de efectividad del 1<sup>ro</sup> de enero de 2012. Para obtener información al día sobre los medicamentos cubiertos por American Health Medicare visite nuestra página de Internet en [www.ahmpr.com](http://www.ahmpr.com) o llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-620-1919, lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuarios de TTY/TDD (audio-impeidos) deben llamar a 1-866-620-2520.

## **¿Cómo utilizar el Formulario?**

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del formulario:

### **Condición Médica**

El formulario comienza en la página 7. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías de acuerdo al tipo de condición médica para la que se usa. Por ejemplo, medicamentos usados para tratar condiciones cardíacas aparecen bajo la categoría de “Agentes Cardiovasculares”. Si sabe para lo que se usa su medicamento, busque esa categoría en la lista que empieza la página 7. Luego busque el nombre de su medicamento bajo esa

categoría.

### **Listado en Orden Alfabético**

Si no está seguro bajo cuál categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 43. El Índice provee una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. El Índice incluye tanto medicamentos de marca como genéricos. Busque su medicamento en el Índice. Al lado de su medicamento verá el número de la página donde puede encontrar información sobre cubierta. Vaya a la página indicada en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

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

American Health Medicare cubre medicamentos de marca y genéricos. Un medicamento genérico es aprobado por la FDA por tener los mismos ingredientes activos que los de marca. Los medicamentos genéricos usualmente cuestan menos que los de marca.

### **¿Existen restricciones a mi cubierta?**

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

- **Autorización previa:** American Health Medicare requiere que usted obtenga autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará la aprobación de American Health Medicare antes del despacho de su receta. Si no obtiene la aprobación, puede que American Health Medicare no cubra el medicamento.
- **Límite de Cantidad:** Para ciertos medicamentos, American Health Medicare limita la cantidad de medicamento que American Health Medicare cubrirá. Por ejemplo, American Health Medicare provee 9 tabletas por cada 25 días por receta de Imitrex tabletas. Esto puede ser en adición a la cantidad estándar para uno o tres meses.
- **Terapia Escalonada:** En algunos casos, American Health Medicare requiere que usted use primero cierto medicamento para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B cubren la misma condición, American Health Medicare puede que no cubra el medicamento B a menos que usted trate el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, American Health Medicare entonces cubrirá el medicamento B.

Usted puede saber si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales buscando en el formulario que comienza en la página 7. Además puede obtener más información sobre restricciones que apliquen a medicamentos específicos visitando nuestra página de Internet en [www.ahmpr.com](http://www.ahmpr.com).

Usted puede pedirle a American Health Medicare que haga una excepción a las restricciones o límites. Vea la sección “Cómo solicitar una excepción al formulario de American Health Medicare” en la página 4 para saber cómo solicitar una excepción.

## **¿Que son Medicamentos Fuera del Recetario (OTC, por sus siglas en inglés)?**

Los medicamentos OTC son medicamentos sin receta que normalmente están cubiertos por un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. American Health Medicare paga ciertos medicamentos OTC. American Health Medicare le provee estos medicamentos OTC sin costo para usted. El costo de American Health Medicare para estos medicamentos no cuenta para el total de sus costos de medicamentos.

## **¿Qué sucede si mi medicamento no aparece en el Formulario?**

Si su medicamento no está incluido en este formulario, debe comunicarse con el Departamento de Servicios al Cliente y confirmar si su medicamento está cubierto. Si descubre que American Health Medicare no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede pedir una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por American Health Medicare al Departamento de Servicio al Cliente. Cuando reciba la lista, muéstrselas a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por American Health Medicare.
- Puede pedirle a American Health Medicare que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea abajo la información sobre cómo solicitar una excepción.

## **¿Cómo solicitar una excepción al Formulario de American Health Medicare?**

Usted puede pedirle a American Health Medicare que haga una excepción a nuestras reglas de cubierta. Hay varios tipos de excepción que puede pedirnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos su medicamento aunque no esté en el formulario.
- Puede pedirnos que no apliquemos las restricciones o límites de cubierta para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, American Health Medicare limita la cantidad del medicamento que cubriría. Si su medicamento tiene límite de cantidad, usted puede pedirnos que no apliquemos el límite y cubramos más cantidad.
- Usted puede pedirnos que proveamos un nivel más alto de cubierta para su medicamento. Si su medicamento está incluido en nuestro nivel no-preferido/nivel más alto sujeto a excepción del proceso de niveles, puede pedirnos que lo cubramos por la cantidad de costo compartido que aplica a medicamentos en nivel preferido/nivel más bajo sujeto a excepción del proceso de niveles. Esto bajaría la cantidad que tiene que pagar por el medicamento. Favor de observar, que si le honramos su pedido para cubrir un medicamento que no está en el formulario, usted no puede solicitarnos que proveamos un nivel más alto de cubierta para el medicamento. También, no puede solicitarnos que proveamos un nivel más alto de cubierta para medicamentos que están en el nivel designado como de alto costo /medicamento único.

Generalmente, American Health Medicare solamente aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de nivel más bajo o las restricciones adicionales de utilización no serían tan efectivos para tratar su condición y/o le causarían efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para pedir una decisión inicial de cubierta respecto a excepciones de formulario, nivel o restricciones de utilización. **Cuando solicite una excepción de formulario, nivel o restricción de utilización debe someter una declaración de su médico apoyando su solicitud.** Generalmente, nosotros deberemos tomar una decisión dentro de 72 horas de haber recibido la declaración de apoyo del médico que suscribe la receta. Usted puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico creen que su salud podría afectarse seriamente si tiene que esperar 72 horas por una decisión. Si su solicitud para acelerar el despacho se concede, tenemos que darle una decisión en no más de 24 horas luego de recibir la declaración de apoyo del médico que suscribe la receta.

## **¿Qué hacer antes de hablar con su médico sobre cambiar su medicamento o solicitar una excepción?**

Como afiliado nuevo o que continúa en nuestro plan, puede que usted esté usando medicamentos que no están en nuestro formulario. O puede que esté usando un medicamento que está en nuestro formulario pero que tiene limitaciones para obtener el mismo. Por ejemplo, puede que usted necesite autorización previa de nosotros antes del despacho de su receta. Usted debe hablar con su doctor para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que esté cubierto por nuestro plan o si solicitar una excepción del formulario para que cubramos el medicamento que usted usa. Mientras habla con su médico para determinar lo que debe hacer, nosotros podríamos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días en que usted esté afiliado a nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no estén en nuestro formulario o si el poder obtener su medicamento tiene limitaciones, nosotros cubriremos una cantidad temporal para 30 días si la obtiene en una farmacia de nuestra red. Luego de su primera cantidad temporal de 30 días, nosotros no pagaremos por el medicamento, aún cuando haya sido afiliado del plan durante menos de 90 días.

Si usted es residente de una facilidad de cuidado a largo plazo, le permitiremos recibir un surtido de su medicamento hasta que haya recibido un abastecimiento de transición para hasta 98 días consistente con los incrementos en recetas (a menos que tenga una receta por menos días). Cubriremos más de un abastecimiento de estos medicamentos por los primeros 90 que usted sea afiliado de nuestro plan. Si necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su habilidad para obtener sus medicamentos es limitada pero ya han pasado los primeros 90 días de la afiliación a nuestro plan, cubriremos un surtido de emergencia de 31 días de este medicamento (a menos que tenga una receta por menos días) mientras solicita una excepción al formulario.

## **Política de Transición de Medicare (Parte D)**

American Health Medicare tiene la opción de extender un período de 30 días medicamentos que no estén en el formulario. Esta opción estará disponible solamente a los nuevos afiliados con la Parte D que estén actualmente en medicamentos fuera del formulario y que no sean residentes de Facilidades de Cuidado a largo plazo. Para residentes en Facilidades de Cuidado a largo plazo, una solicitud de un suplido adicional extendido de 60 días estará disponible para acomodar las necesidades especiales de esta población. Para aquellos afiliados que reciban en una ocasión el suplido de medicamentos que no estén en el formulario, a través de este proceso de extensión, habrá un mensaje de texto en su Evidencia de Beneficios para informarlos del estatus de sus

medicamentos fuera de formulario y de que una extensión fue aprobada, y exhortarlos a que se comuniquen con su médico para cambiar su medicamento por algún otro medicamento apropiado sustituto en el formulario.

## **Para más información**

Para información más detallada sobre la cubierta de medicamentos recetados de American Health Medicare, por favor revise su Evidencia de Cubierta de American Health Medicare y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre American Health Medicare, llame al Departamento de Servicios al Cliente al 1-888-620-1919, lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuarios de TTY/TDD (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520. O visite [www.ahmpr.com](http://www.ahmpr.com).

Si tiene preguntas sobre la cubierta de medicamentos recetados de Medicare en general, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día/7 días a la semana. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. O visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

## **Formulario de American Health Medicare**

El formulario que aparece en la próxima página, provee información de cubierta sobre algunos de los medicamentos cubiertos por American Health Medicare. Si tiene dificultad para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 52. Recuerde: Esta es una lista parcial de los medicamentos cubiertos por American Health Medicare. Si el medicamento que le recetaron no se encuentra en este formulario parcial puede visitar nuestra página de Internet [www.ahmpr.com](http://www.ahmpr.com) o comunicarse con Servicios al Cliente al 1- 888-620-1919 de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuarios de TTY/TDD (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520 para información adicional.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (e.g., DEPAKOTE) y los medicamentos genéricos aparecen en itálicas minúsculas (e.g., *gabapentin*).

Nivel 1 Medicamento: Genéricos Preferidos

Nivel 2 Medicamento: Genéricos No-Preferido

Nivel 3 Medicamento: Genéricos No-Preferido y Preferido de Marca

Nivel 4 Medicamento: Genéricos No-Preferido y No-Preferido de Marca

Nivel 5 Medicamento: Genéricos y Marca

La información en la columna de Notas le indica si American Health Medicare tiene algún requisito especial para cubrir su medicamento.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>ANALGESICS [ANALGESICOS]</b>		
<b>GOUT [GOTA]</b>		
<i>allopurinol</i>	1	
<i>allopurinol inj 500mg</i>	2	
<i>colchicine w/ probenecid</i>	2	
COLCRYS	3	QL (60 tabs / 30 days)
<i>probenecid</i>	2	
ULORIC	3	ST
<b>NARCOTIC ANALGESICS [ANALGESICOS NARCOTICOS]</b>		
<i>acetaminophen w/ codeine</i>	2	
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine w/ codeine</i>	2	
<i>butalbital-aspirin-caffeine w/cod</i>	2	
<i>butorphanol tartrate</i>	2	
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	2	
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	2	
<b>NARCOTIC ANALGESICS, CII [ANALGESICOS NARCOTICOS] CII</b>		
AVINZA	4	QL (60 ea / 30 days)
DILAUDID-5	3	
EXALGO	3	QL (60 ea / 30 days)
<i>fentanyl citrate 200mcg</i>	3	QL (120 lpop / 30 days), PA
<i>fentanyl citrate 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	QL (120 lpop / 30 days), PA
<i>fentanyl citrate inj 0.05 mg/ml</i>	2	B/D
<i>fentanyl patch</i>	2	QL (10 ea / 30 days), PA
<i>hydromorphone hcl 10mg/ml</i>	2	B/D
<i>hydromorphone hcl 2mg, 4mg, 8mg</i>	2	
KADIAN	3	QL (60 ea / 30 days)
<i>methadone hcl 10mg, 5mg</i>	2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>methadone hcl 10mg/5ml, 10mg/ml, 5mg/5ml</i>	2	
MORPHINE SUL 20MG/ML ORAL SOL	2	oral solution
<i>morphine sulfate .5mg/ml, 1mg/ml</i>	2	B/D
<i>morphine sulfate 100mg, 15mg, 30mg, 60mg</i>	2	QL (90 ea / 30 days); ext rel
<i>morphine sulfate 200mg</i>	2	QL (60 ea / 30 days)
MORPHINE SULFATE 15mg, 30mg	2	
MORPHINE SULFATE 10mg/5ml, 20mg/5ml	3	oral solution

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
OPANA ER	4	QL (120 ea / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> 15mg, 30mg, 5mg	2	
OXYCODONE HCL 20mg/ml, 5mg	2	
<i>oxycodone w/ acetaminophen</i>	2	
<i>oxycodone w/ aspirin</i>	2	
OXYCONTIN	3	QL (120 ea / 30 days)
ROXICET SOL 5-325/5	3	

#### **NON-NARCOTIC ANALGESICS [ANALGESICOS NO NARCOTICOS]**

<i>tramadol hcl tab 50 mg</i>	2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen</i>	2	QL (240 tabs / 30 days)

#### **NSAIDS**

CELEBREX	4	PA
<i>diclofenac potassium</i>	2	
<i>diclofenac sodium</i>	2	
<i>diflunisal</i>	2	
<i>etodolac</i>	2	
<i>flurbiprofen</i>	1	
<i>ibuprofen</i> 400mg, 600mg, 800mg	1	
<i>ibuprofen</i> 100mg/5ml	2	
INDOCIN	3	suspension
<i>indomethacin</i>	2	
<i>ketoprofen</i>	2	
<i>meloxicam</i> 15mg, 7.5mg	1	
<i>meloxicam</i> 7.5mg/5ml	2	
<i>nabumetone</i>	2	
<i>naproxen</i> 250mg, 375mg	1	
<i>naproxen</i> 125mg/5ml, 375mg, 500mg	2	
<i>naproxen sodium</i>	1	
<i>oxaprozin</i>	2	
<i>piroxicam</i>	2	
<i>sulindac</i>	2	
<i>tolmetin sodium</i>	2	
VIMOVO	3	

#### **ANESTHETICS [ANESTESICOS]**

##### **LOCAL ANESTHETICS [ANESTESICOS LOCALES]**

<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	2	
--------------------------------------	---	--

#### **ANTI-INFECTIVES [ANTI-INFECCIOSOS]**

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIALES]</b>		
<i>amikacin sulfate</i>	2	
<i>amoxicillin</i>	1	
<i>amoxicillin &amp; pot clavulanate</i>	2	
<i>ampicillin 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ampicillin 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium</i>	2	
<i>ampicillin sodium</i>	2	
AVELOX	3	
AVELOX ABC PACK	3	
<i>azithromycin</i>	2	
BICILLIN C-R	3	
BICILLIN L-A	3	
CEDAX	4	
<i>cefaclor</i>	2	
CEFACLOR ER	3	
<i>cefadroxil</i>	2	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	3	
<i>cefazolin sodium</i>	2	
<i>cefdinir</i>	2	
<i>cefepime hcl</i>	2	
<i>cefotaxime sodium</i>	2	
<i>cefoxitin sodium</i>	2	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	2	
<i>cefprozil</i>	2	
<i>ceftriaxone sodium</i>	2	
<i>cefuroxime axetil</i>	2	
<i>cefuroxime sodium</i>	2	
<i>cephalexin 250mg, 500mg</i>	1	
<i>cephalexin 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
CIPRO	3	suspension
<i>cipro i.v.</i>	2	
<i>ciprofloxacin 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin 100mg</i>	2	
<i>ciprofloxacin er</i>	2	
<i>clarithromycin 250mg, 500mg</i>	1	
<i>clarithromycin 125mg/5ml, 250mg/5ml, 500mg</i>	2	
<i>dicloxacillin sodium</i>	2	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	2	
<i>doxycycline hyclate</i> 100mg, 50mg	1	
<i>doxycycline hyclate</i> 100mg	2	injection
<i>doxycycline hyclate</i> 20mg	2	
ERYPED 200	3	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	3	
<i>erythromycin base</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	1	
<i>erythromycin stearate</i>	1	
<i>gentamicin in saline</i>	2	
<i>gentamicin sulfate</i>	2	
LEVAQUIN	4	
<i>minocycline hcl</i>	2	
<i>nafcillin sodium</i>	2	
<i>neomycin sulfate</i>	2	
<i>paromomycin sulfate</i>	2	
<i>penicillin g potassium</i>	2	
PENICILLIN G PROCAINE	3	
<i>penicillin v potassium</i>	1	
<i>piperacillin sodium-tazobactam sodium</i>	2	
<i>streptomycin sulfate</i>	2	
SULFADIAZINE	3	
SUPRAX	4	
<i>tetracycline hcl</i>	1	
<i>tobramycin sulfate</i>	2	
<b>ANTIFUNGALS</b>		
<i>amphotericin b</i>	2	B/D
ANCOBON	3	
CANCIDAS	5	
<i>clotrimazole</i>	2	
<i>fluconazole</i> 100mg, 150mg, 200mg, 50mg	1	
<i>fluconazole</i> 10mg/ml, 40mg/ml	2	
<i>fluconazole in dextrose</i>	2	
GRIS-PEG	3	
<i>griseofulvin microsize</i>	2	
<i>itraconazole</i>	2	PA
<i>ketoconazole</i>	2	
NOXAFIL	5	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>nystatin</i>	2	
SPORANOX	5	
<i>terbinafine hcl</i>	2	QL (90 tabs / year)
VFEND IV	3	
VFEND SUS 40MG/ML	5	
<i>voriconazole</i>	5	
<b>ANTIMALARIALS [ANTIMALARIA]</b>		
<i>chloroquine phosphate</i>	2	
COARTEM	4	
DARAPRIM	3	
MALARONE	3	
<i>mefloquine hcl</i>	2	
QUALAQUIN	4	
<b>ANTIRETROVIRAL AGENTS [AGENTES ANTIRETROVIRALES]</b>		
APTIVUS	3	
ATRIPLA	5	
COMBIVIR	3	
CRIXIVAN	3	
<i>didanosine</i>	2	
EDURANT	5	
EMTRIVA	3	
EPIVIR	3	
EPZICOM	3	
FUZEON	5	
INTELENCE	3	
INVIRASE	3	
ISENTRESS	5	
KALETRA	3	
LEXIVA	3	
NORVIR	3	
PREZISTA 150mg, 75mg	3	
PREZISTA 400mg, 600mg	5	
RESCRIPTOR	3	
RETROVIR IV INFUSION	3	
REYATAZ	3	
SELZENTRY	5	
<i>stavudine</i>	2	
SUSTIVA	3	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
TRIZIVIR	3	
TRUVADA	3	
VIDEX	3	
VIRACEPT	3	
VIRAMUNE	3	
VIRAMUNE XR	3	
VIREAD	3	
ZIAGEN	3	
<i>zidovudine</i>	2	
<b>ANTITUBERCULAR AGENTS [AGENTES ANTITUBERCULOSOS]</b>		
CAPASTAT SULFATE	4	
<i>ethambutol hcl</i>	2	
<i>isoniazid 100mg, 300mg</i>	1	
<i>isoniazid 100mg/ml, 50mg/5ml</i>	2	
MYCOBUTIN	3	
PASER	4	
PRIFTIN	4	
<i>pyrazinamide</i>	2	
<i>rifampin</i>	2	
SEROMYCIN	4	
TRECTOR	4	
<b>ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]</b>		
<i>acyclovir 200mg, 400mg, 800mg</i>	1	
<i>acyclovir 200mg/5ml, 500mg</i>	2	
BARACLUDE .05mg/ml	3	
BARACLUDE .5mg, 1mg	5	
EPIVIR HBV	3	
<i>famciclovir</i>	2	
<i>ganciclovir 250mg</i>	2	
<i>ganciclovir 500mg</i>	5	
<i>ganciclovir inj 500mg</i>	2	B/D
HEPSERA	5	PA
REBETOL	5	PA
RELENZA DISKHALER	3	QL (3 inhalers / 180 days)
<i>ribavirin (hepatitis c) 200mg</i>	2	PA
<i>ribavirin (hepatitis c) 400mg, 600mg</i>	5	PA
<i>rimantadine hydrochloride</i>	2	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
TAMIFLU 12mg/ml	3	QL (10.5 bottles / 180 days)
TAMIFLU 30mg	3	QL (84 caps / 180 days)
TAMIFLU 45mg, 75mg	3	QL (42 caps / 180 days)
TYZEKA	5	PA
<i>valacyclovir hcl</i>	2	
VALCYTE	5	
VICTRELIS	5	PA
<b>MISCELLANEOUS [MISCELANEOS]</b>		
ALBENZA	3	
ALINIA 100mg/5ml	3	QL (3 bottles / 30 days)
ALINIA 500mg	3	QL (12 tabs / 30 days)
CLEOCIN CAP 75MG	3	
CLEOCIN PED SOL 75MG/5ML	3	
<i>clindamycin hcl</i>	2	
<i>clindamycin phosphate</i>	2	
<i>colistimethate sodium</i>	2	B/D
CUBICIN	5	B/D
<i>dapsone</i>	2	
<i>erythromycin-sulfisoxazole</i>	2	
INVANZ	3	
MACRODANTIN CAP 25MG	3	
<i>mebendazole</i>	2	
MEPRON	5	
<i>methenamine hippurate</i>	2	
<i>metronidazole 250mg, 500mg</i>	1	
<i>metronidazole 375mg</i>	2	
<i>metronidazole in nacl</i>	2	
<i>nitrofurantoin</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	2	
PRIMAXIN	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv</i>	2	
<i>sulfamethoxazole/trimetho</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimetho</i>	2	
<i>trimethoprim</i>	1	
TYGACIL	4	
VANCOCIN HCL	5	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>vancomycin hcl</i>	2	B/D
ZYVOX	5	
<b>ANTINEOPLASTIC AGENTS [AGENTES ANTINEOPLASTICOS]</b>		
<b><i>ALKYLATING AGENTS [AGENTES ALKILANTES]</i></b>		
BICNU	3	B/D
BUSULFEX	3	B/D
CEENU	3	
<i>cyclophosphamide</i>	2	B/D
<i>dacarbazine</i>	2	B/D
EMCYT	3	
HEXALEN	5	
IFEX	3	B/D
IFOSFAMIDE	3	B/D
LEUKERAN	3	
<i>melphalan hcl</i>	2	B/D
MUSTARGEN	3	B/D
TREANDA	5	B/D
<b><i>ANTHRACYCLINES</i></b>		
<i>daunorubicin hcl</i>	2	B/D
DAUNOXOME	5	B/D
DOXIL	5	B/D
<i>doxorubicin hcl</i>	2	B/D
EPIRUBICIN HCL	5	B/D
<i>idarubicin hcl</i>	2	B/D
<b><i>ANTIBIOTICS [ANTIBIOTICOS]</i></b>		
<i>bleomycin sulfate</i>	2	B/D
COSMEGEN	3	B/D
<i>mitomycin</i>	2	B/D
<b><i>ANTIMETABOLITES [ANTIMETABOLITOS]</i></b>		
ALIMTA	5	B/D
<i>cytarabine</i>	2	B/D
<i>fluorouracil</i>	2	B/D
<i>gemcitabine hcl</i>	5	B/D
<i>mercaptopurine</i>	2	
<i>methotrexate sodium</i> 1gm, 25mg/ml	2	B/D
<i>pentostatin</i>	2	B/D
TABLOID	3	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
VIDAZA	5	B/D
<b>ANTIMITOTIC, TAXOIDS</b>		
<i>paclitaxel</i>	3	B/D
TAXOTERE	5	B/D
<b>ANTIMITOTIC, VINCA ALKALOIDS</b>		
VINBLASTINE SULFATE	3	B/D
<i>vincristine sulfate</i>	2	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i>	2	B/D
<b>BIOLOGIC RESPONSE MODIFIERS [MODIFICADORES DE RESPUESTA BIOLOGICA]</b>		
AVASTIN	5	B/D
CAMPATH	3	B/D
HERCEPTIN	5	B/D
ISTODAX	5	B/D
ONTAK	3	B/D
PROLEUKIN	5	B/D
RITUXAN	5	PA
VELCADE	5	B/D
ZOLINZA	5	
<b>HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS [AGENTES ANTINEOPLASTICO HORMONAL]</b>		
<i>anastrozole</i>	2	
<i>bicalutamide</i>	2	
DEPO-PROVERA INJ 400/ML	3	B/D
<i>exemestane</i>	2	
FARESTON	3	
FASLODEX	5	B/D
<i>flutamide</i>	2	
<i>letrozole</i>	2	
<i>leuprolide acetate</i>	2	PA
LUPRON DEPOT 11.25mg, 3.75mg	3	PA
LUPRON DEPOT 22.5mg, 30mg, 7.5mg	5	PA
LUPRON DEPOT-PED	5	PA
MEGACE ES	3	
<i>megestrol acetate</i>	2	
NILANDRON	3	
<i>tamoxifen citrate</i>	2	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
TRELSTAR DEPOT MIXJECT	3	B/D
TRELSTAR LA MIXJECT	3	B/D
TRELSTAR MIXJECT	5	B/D
ZYTIGA	5	PA
<b><i>KINASE INHIBITORS [INHIBIDORES DE KINASIA]</i></b>		
AFINITOR	5	PA
GLEEVEC	5	PA
NEXAVAR	5	PA
SPRYCEL	5	PA
SUTENT	5	PA
TARCEVA	5	PA
TASIGNA	5	PA
TYKERB	5	PA
VANDETANIB	5	
VOTRIENT	5	PA
<b><i>MISCELLANEOUS [MISCELANEOS]</i></b>		
DROXIA	3	
ELSPAR	3	B/D
<i>hydroxyurea</i>	2	
IRINOTECAN	5	B/D
LYSODREN	5	
MATULANE	5	
<i>mitoxantrone hcl</i>	2	B/D
PHOTOFRIN	3	B/D
TARGRETIN 75mg	5	PA
TRETINOIN 10mg	5	capsule
TRISENOX	3	B/D
<b><i>NUCLEOSIDE ANALOGS [ANALOGOS NUCLEOSIDOS]</i></b>		
<i>cladribine</i>	2	B/D
FLUDARABINE PHOSPHATE	5	B/D
<b><i>PLATINUM COORDINATION COMPLEX [COMPLEJO DE COORDINACION PLATINO]</i></b>		
<i>carboplatin</i>	2	B/D
<i>cisplatin</i>	2	B/D
OXALIPLATIN	5	B/D
<b><i>PROTECTIVE AGENTS [AGENTES PROTECTORES]</i></b>		
<i>amifostine crystalline</i>	5	B/D

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>dexrazoxane</i>	2	B/D
ELITEK	5	B/D
<i>ifosfamide &amp; mesna</i>	2	B/D
<i>leucovor ca inj</i>	2	B/D
<i>leucovorin calcium 25mg, 5mg</i>	2	
LEUCOVORIN CALCIUM 10mg, 15mg	3	
<i>mesna</i>	2	B/D
MESNEX	5	
<b>TOPOISOMERASE INHIBITORS [INHIBIDORES DE TOPOISOMERASA]</b>		
<i>etoposide</i>	2	B/D
<i>topotecan hcl</i>	5	B/D
<b>CARDIOVASCULAR [CARDIOVASCULARES]</b>		
<b>ACE INHIBITOR COMBINATIONS [COMBINACIONES DE INHIBIDORES ACE]</b>		
<i>amlod/benazp cap 2.5-10mg</i>	2	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlod/benazp cap 5-10mg</i>	2	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i>	2	
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>moexipril-hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	2	
<b>ACE INHIBITORS [INHIBIDORES ACE]</b>		
<i>benazepril hcl</i>	1	
<i>captopril</i>	1	
<i>enalapril maleate</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>lisinopril</i>	1	
<i>moexipril hcl</i>	2	
<i>perindopril erbumine</i>	2	
<i>quinapril hcl</i>	1	
<i>ramipril</i>	2	
<i>trandolapril</i>	2	
<b>ADRENOLYTICS, CENTRAL [ADRENOLITICOS, CENTRAL]</b>		
<i>clonidine hcl .1mg, .2mg, .3mg</i>	1	
<i>clonidine hcl .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr</i>	2	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>guanfacine hcl</i>	2	
<b>ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS [RECEPTORES DE ALDOSTERONA ANTAGONISTA]</b>		
<i>eplerenone</i>	2	PA
<i>spironolactone</i>	2	
<b>ALPHA BLOCKERS [BLOQUEADORES ALFA]</b>		
<i>doxazosin mesylate</i>	2	
<i>prazosin hcl</i>	1	
<i>terazosin hcl</i>	1	
<b>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS [COMBINACION ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II]</b>		
ATACAND HCT	4	
AZOR	3	
BENICAR HCT	3	
BENICAR HCT TAB 20-12.5	3	QL (30 tabs / 30 days)
DIOVAN HCT	3	
DIOVAN HCT TAB 160/12.5	3	QL (30 tabs / 30 days)
DIOVAN HCT TAB 80/12.5	3	QL (30 tabs / 30 days)
EXFORGE	3	
EXFORGE HCT	3	
EXFORGE TAB 5-160MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
EXFORGEHCT/5-160-12.5	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide</i>	2	
MICARDIS HCT	4	
TEVETEN HCT	4	
TRIBENZOR	3	
<b>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS [ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II]</b>		
ATACAND	4	
BENICAR	3	
DIOVAN	3	
<i>losartan potassium</i>	2	
MICARDIS	4	
TEVETEN	4	
<b>ANTIARRHYTHMICS [ANTIARRITMICOS]</b>		
<i>amiodarone hcl</i>	2	
<i>amiodarone inj 50mg/ml</i>	2	B/D

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>disopyramide phosphate</i>	2	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine hcl</i>	2	
MULTAQ	3	
NORPACE CR	3	
PACERONE TAB 100MG	3	
<i>propafenone hcl</i>	2	
<i>quinidine gluconate</i>	2	
<i>quinidine sulfate</i>	2	
<i>sotalol hcl</i>	2	
TIKOSYN	3	
<b>ANTILIPEMICS, HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS</b>		
ALTOPREV 20mg	4	QL (30 ea / 30 days)
ALTOPREV 40mg, 60mg	4	
CRESTOR 10mg, 20mg, 5mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
CRESTOR 40mg	3	
LESCOL	4	
LESCOL XL	4	
LIPITOR 10mg, 20mg, 40mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
LIPITOR 80mg	3	
<i>lovastatin</i>	2	
<i>pravastatin sodium</i> 10mg, 20mg, 40mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium</i> 80mg	2	
<i>simvastatin</i> 10mg, 20mg, 40mg, 5mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> 80mg	2	
<b>ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS [ANTILIPEMICOS , MISCELANEOS]</b>		
ADVICOR	4	
ANTARA	3	
<i>cholestyramine light</i>	2	
<i>colestipol hcl</i>	2	
<i>fenofibrate</i>	2	
<i>fenofibrate micronized</i>	2	
<i>gemfibrozil</i>	2	
LIPOFEN	3	
LOVAZA	4	
NIASPAN	3	
SIMCOR	4	
TRICOR	3	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
TRILIPIX	3	
VYTORIN	4	
WELCHOL	3	
ZETIA	4	ST

**BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS [COMBINACIONES DE BETA-BLOQUEADORES / DIURETICOS]**

<i>atenolol &amp; chlorthalidone</i>	1	
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide</i>	2	

**BETA-BLOCKERS [BETA-BLOQUEADORES]**

<i>acebutolol hcl</i>	2	
<i>atenolol</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate</i>	2	
BYSTOLIC	4	
<i>carvedilol</i>	2	
COREG CR	4	
<i>labetalol hcl</i>	2	
<i>metoprolol succinate</i>	2	
<i>metoprolol tartrate</i> 100mg, 25mg, 50mg	1	
<i>metoprolol tartrate</i> 1mg/ml	2	
<i>nadolol</i>	2	
<i>pindolol</i>	1	
<i>propranolol hcl</i> 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>propranolol hcl</i> 120mg, 160mg, 1mg/ml, 20mg/5ml, 40mg/5ml, 60mg	2	
<i>propranolol hcl</i> 80mg	2	ext rel

**CALCIUM CHANNEL BLOCKER/ANTILIPEMIC COMBINATIONS [COMBINACIONES DE BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO / ANTILIPEMICOS]**

CADUET	4	
--------	---	--

**CALCIUM CHANNEL BLOCKERS [BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO]**

<i>amlodipine besylate</i>	1	
CARDIZEM CD	3	360mg
<i>diltiazem hcl</i> 120mg, 30mg, 60mg, 90mg	1	
<i>diltiazem hcl</i> 120mg, 180mg, 240mg, 60mg, 90mg	2	ext rel
<i>diltiazem hcl</i> 25mg/5ml	2	
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	2	ext rel

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
------------------------	-------	--------------------

<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	2	
<i>felodipine</i>	2	
<i>isradipine</i>	2	
<i>nifedipine</i>	2	
NIMODIPINE	3	
<i>nisoldipine</i>	2	
<i>verapamil hcl 120mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>verapamil hcl 100mg, 180mg, 2.5mg/ml, 200mg, 240mg, 300mg</i>		
<i>verapamil hcl 120mg</i>	2	ext rel

**DIGITALIS GLYCOSIDES [GLICOSIDOS DIGITALICOS]**

<i>digoxin .125mg, .25mg</i>	1	
<i>digoxin .25mg/ml</i>	2	
DIGOXIN SOL 50MCG/ML	2	
LANOXIN	3	

**DIRECT RENIN INHIBITORS/COMBINATIONS [INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA]**

AMTURNIDE	3	
TEKAMLO	3	
TEKTURNA 150mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
TEKTURNA 300mg	3	
TEKTURNA HCT	3	
VALTURNA	3	
VALTURNA TAB 150-160	3	QL (30 tabs / 30 days)

**DIURETICS [DIURETICOS]**

<i>acetazolamide</i>	2	
<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>amiloride hcl</i>	2	
<i>bumetanide</i>	2	
<i>chlorothiazide</i>	1	
<i>chlorthalidone</i>	1	
<i>furosemide</i>	1	
<i>furosemide inj 10mg/ml</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>indapamide</i>	1	
<i>methazolamide</i>	2	
<i>metolazone</i>	2	
<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>torse mide</i> 100mg, 10mg, 20mg, 5mg	2	
TORSEMIDE 20mg/2ml	3	
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide</i>	1	
<b>MISCELLANEOUS [MISCELANEOS]</b>		
BIDIL	3	
<i>hydralazine hcl</i>	2	
<i>methyldopa</i>	1	
<i>midodrine hcl</i>	2	
<i>minoxidil</i>	2	
RANEXA	3	PA
<b>NITRATES [NITRATOS]</b>		
ISORDIL TITRADOSE	3	
<i>isosorbide dinitrate</i> 10mg, 2.5mg, 20mg, 30mg, 5mg	1	
<i>isosorbide dinitrate</i> 40mg	2	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>minitran</i>	2	patch
NITRO-DUR	3	0.3mg, 0.8mg
<i>nitroglycerin</i>	2	patch
NITROLINGUAL PUMPSPRAY	3	
NITROSTAT	3	
<b>PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION [HIPERTENSION ARTERIAL/PULMONAR]</b>		
ADCIRCA	5	PA
LETAIRIS	5	PA
REMODULIN	5	B/D
REVATIO	5	PA
TRACLEER	5	LA, PA
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM [SISTEMA NERVIOSO CENTRAL]</b>		
<b>ANTI ANXIETY [ANTIANSIEDAD]</b>		
<i>bupirone hcl</i>	2	
<i>fluvoxamine maleate</i> 100mg	2	
<i>fluvoxamine maleate</i> 25mg, 50mg	2	QL (45 tabs / 30 days)
<b>ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSANTES]</b>		
BANZEL	4	PA
<i>carbamazepine</i> 100mg, 200mg	1	
<i>carbamazepine</i> 100mg/5ml, 200mg, 400mg	2	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
CARBATROL	4	
CELONTIN	3	
DILANTIN	3	
DILANTIN INFATABS	3	
<i>divalproex sodium</i>	2	
<i>ethosuximide</i>	2	
FELBATOL	4	
<i>gabapentin</i> 100mg	2	QL (1080 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> 250mg/5ml	2	QL (5 bottles / 30 days)
<i>gabapentin</i> 300mg	2	QL (360 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> 400mg	2	QL (270 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> 600mg	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> 800mg	2	QL (120 tabs / 30 days)
GABITRIL	4	
<i>lamotrigine</i>	2	
<i>levetiracetam</i>	2	
LYRICA 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg	3	QL (120 caps / 30 days)
LYRICA 300mg	3	QL (60 caps / 30 days)
<i>oxcarbazepine</i>	2	
PEGANONE	3	
<i>phenytoin</i>	2	
<i>phenytoin inj</i> 50mg/ml	2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	
<i>primidone</i>	2	
SABRIL	5	PA
TEGRETOL XR TAB 100MG	3	
<i>topiramate</i>	2	
<i>valproate sodium</i>	2	
<i>valproic acid</i>	2	
VIMPAT	3	
<i>zonisamide</i>	2	
<b>ANTIDEMENTIA [ANTIDEMENCIA]</b>		
<i>donepezil</i> 10mg	2	
<i>donepezil</i> 5mg 5mg	2	QL (30 ea / 30 days)
<i>donepezil</i> 5mg 5mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
EXELON 2mg/ml	3	QL (2 bottles / 30 days); soln

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
EXELON 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr	3	QL (30 ea / 30 days); patch
<i>galantamine cap 8mg er</i>	2	QL (30 ea / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i>	2	
NAMENDA	3	
NAMENDA TITRATION PAK	3	
<i>rivastigmine tartrate 1.5mg</i>	2	QL (240 caps / 25 days)
<i>rivastigmine tartrate 3mg</i>	2	QL (120 caps / 25 days)
<i>rivastigmine tartrate 4.5mg</i>	2	QL (60 caps / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate 6mg</i>	2	QL (60 caps / 25 days)
<b>ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]</b>		
<i>amitriptyline hcl</i>	1	
AMOXAPINE	3	
<i>bupropion hcl</i>	2	
<i>citalopram hydrobromide 10mg, 20mg</i>	1	QL (45 tabs / 30 days)
<i>citalopram hydrobromide 40mg</i>	1	
<i>citalopram oral soln 10 mg/5ml</i>	2	
<i>clomipramine hcl</i>	2	
CYMBALTA 20mg, 30mg	3	QL (30 ea / 30 days)
CYMBALTA 60mg	3	
<i>desipramine hcl</i>	2	
<i>doxepin hcl 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>doxepin hcl 10mg/ml, 150mg</i>	2	
EMSAM	3	QL (30 ea / 30 days), PA
<i>fluoxetine hcl 10mg, 20mg</i>	2	QL (30 caps / 30 days)
<i>fluoxetine hcl 10mg</i>	2	QL (45 tabs / 30 days)
<i>fluoxetine hcl 20mg/5ml, 40mg</i>	2	
<i>fluoxetine tab 20mg</i>	2	
<i>imipramine hcl</i>	2	
LEXAPRO 10mg, 5mg	4	QL (45 tabs / 30 days)
LEXAPRO 20mg, 5mg/5ml	4	
<i>maprotiline hcl</i>	2	
MARPLAN	3	
<i>mirtazapine 15mg</i>	2	QL (45 ea / 30 days)
<i>mirtazapine 15mg, 7.5mg</i>	2	QL (45 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine 30mg, 45mg</i>	2	
<i>nefazodone hcl</i>	2	
<i>nortriptylin oral sol 10mg/5ml</i>	2	
<i>nortriptyline hcl</i>	1	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>paroxetine hcl</i> 10mg, 20mg	2	QL (45 tabs / 30 days)
<i>paroxetine hcl</i> 10mg/5ml, 25mg, 30mg, 37.5mg, 40mg	2	
<i>paroxetine hcl</i> 12.5mg	2	QL (30 ea / 30 days)
<i>phenelzine sulfate</i>	2	
PRISTIQ 100mg	4	ST
PRISTIQ 50mg	4	QL (30 ea / 30 days), ST
<i>protriptyline hcl</i>	2	
<i>sertraline hcl</i> 100mg, 20mg/ml	2	
<i>sertraline hcl</i> 25mg, 50mg	2	QL (45 tabs / 30 days)
SURMONTIL	3	
<i>tranlycypromine sulfate</i>	2	
<i>trazodone hcl</i> 100mg, 150mg, 50mg	1	
<i>trazodone hcl</i> 300mg	2	
<i>venlafaxine hcl</i> 100mg, 150mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg	2	
<i>venlafaxine hcl</i> 37.5mg, 75mg	2	QL (30 ea / 30 days); ext rel
VIIBRYD	4	ST
<b>ANTIPARKINSONIAN AGENTS [AGENTES ANTIPARKISON]</b>		
<i>amantadine hcl</i>	2	
APOKYN	5	
AZILECT	3	
<i>benztropine mesylate</i> .5mg, 1mg, 2mg	1	
<i>benztropine mesylate</i> 1mg/ml	2	
<i>bromocriptine mesylate</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa</i>	2	
COMTAN	3	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	
REQUIP XL	4	
<i>ropinirole hydrochloride</i>	2	
<i>selegiline hcl</i>	2	
STALEVO 100	3	
STALEVO 125	3	
STALEVO 150	3	
STALEVO 200	3	
STALEVO 50	3	
STALEVO 75	3	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	2	
<b>ANTIPSYCHOTICS [ANTISICOTICOS]</b>		
ABILIFY 10mg, 15mg, 5mg	4	QL (30 tabs / 30 days), ST
ABILIFY 1mg/ml, 20mg, 2mg, 30mg	4	ST
ABILIFY 9.75mg/1.3ml	4	
ABILIFY DISCMELT	4	ST
CHLORPROMAZ INJ 25MG/ML	3	
<i>chlorpromazine hcl</i>	2	
<i>clozapine</i> 100mg, 25mg, 50mg	2	
CLOZAPINE 200mg	2	
FANAPT	4	ST
FANAPT TITRATION PACK	4	ST
FAZACLO	4	PA
<i>fluphenazine decanoate</i>	2	
<i>fluphenazine hcl</i>	2	
GEODON 20mg	4	QL (240 caps / 30 days)
GEODON 40mg	4	QL (120 caps / 30 days)
GEODON 60mg, 80mg	4	QL (60 caps / 30 days)
GEODON INJ	4	
<i>haloperidol</i>	2	
<i>haloperidol decanoate</i>	2	
<i>haloperidol lactate</i>	2	
INVEGA 1.5mg, 3mg	4	QL (30 ea / 30 days), ST
INVEGA 6mg, 9mg	4	ST
INVEGA SUSTENNA 39mg/0.25ml, 78mg/0.5ml	4	PA
INVEGA SUSTENNA 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	5	PA
LATUDA	4	ST
<i>loxapine succinate</i>	2	
ORAP	3	
<i>perphenazine</i>	2	
RISPERDAL CONSTA 12.5mg, 25mg	3	QL (2 vials / 30 days), PA
RISPERDAL CONSTA 37.5mg, 50mg	5	QL (2 vials / 30 days), PA
<i>risperidone</i> .25mg, .5mg	2	QL (90 ea / 30 days); ODT
<i>risperidone</i> .25mg, .5mg	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> 1mg, 2mg, 3mg	2	QL (60 ea / 30 days); ODT
<i>risperidone</i> 1mg, 2mg, 3mg	2	QL (60 tabs / 30 days)

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>risperidone</i> 1mg/ml, 4mg	2	
SAPHRIS	4	ST
SEROQUEL 100mg	3	QL (240 tabs / 30 days)
SEROQUEL 200mg	3	QL (120 tabs / 30 days)
SEROQUEL 25mg	3	QL (960 tabs / 30 days)
SEROQUEL 300mg, 400mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
SEROQUEL 50mg	3	QL (480 tabs / 30 days)
SEROQUEL XR 150mg, 200mg	3	QL (30 ea / 30 days)
SEROQUEL XR 300mg, 400mg	3	QL (60 ea / 30 days)
SEROQUEL XR 50mg	3	QL (120 ea / 30 days)
<i>thioridazine hcl</i>	2	PA
<i>thiothixene</i>	2	
<i>trifluoperazine hcl</i>	2	
ZYPREXA 10mg, 15mg, 20mg	4	
ZYPREXA 2.5mg, 5mg, 7.5mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
ZYPREXA ZYDIS 10mg, 15mg, 20mg	4	
ZYPREXA ZYDIS 5mg	4	QL (30 ea / 30 days)

**ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER [DESORDEN DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD]**

<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	2	PA
CONCERTA	4	PA
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	2	PA
METADATE CD	4	PA
METHYLIN	4	PA
<i>methylphenidate hcl</i> 10mg, 20mg	2	ext rel
<i>methylphenidate hcl</i> 10mg, 10mg/5ml, 20mg, 5mg, 5mg/5ml	2	PA
RITALIN LA	4	PA
STRATTERA	3	PA

**HYPNOTICS [HIPNOTICOS]**

LUNESTA	4	QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>zaleplon</i>	2	QL (30 caps / 30 days)
<i>zolpidem tartrate</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)

**MIGRAINE[MIGRAÑA]**

<i>dihydroergotamine mesylate</i>	2	
<i>ergotamine w/ caffeine</i>	2	
FROVA	4	QL (18 tabs / 30 days), ST
MAXALT	3	QL (12 tabs / 30 days)

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
MAXALT-MLT	3	QL (12 ea / 30 days)
MIGERGOT	3	
RELPAX	4	QL (12 tabs / 30 days), ST
<i>sumatriptan succinate</i> 100mg, 25mg, 50mg	2	QL (9 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> 4mg/0.5ml, 6mg/0.5ml	2	QL (20 vials / 30 days)
ZOMIG 2.5mg, 5mg	4	QL (12 tabs / 30 days), ST
ZOMIG 5mg	4	QL (2 bottles / 30 days), ST
ZOMIG ZMT	4	QL (12 ea / 30 days), ST
<b>MISCELLANEOUS [MISCELANEOS]</b>		
GUANIDINE HCL	3	
LITHIUM CARB TAB 300MG	2	
<i>lithium carbonate</i>	2	
LITHIUM CITRATE	3	
MESTINON	3	
MESTINON TIMESPAN	3	
NUEDEXTA	4	PA
<i>pyridostigmine bromide</i>	2	
REGONOL	3	
RILUTEK	5	
SAVELLA 100mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
SAVELLA 12.5mg, 25mg, 50mg	4	
SAVELLA TITRATION PACK	4	
XENAZINE	5	PA
<b>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS [AGENTES DE ESCLEROSIS MULTIPLE]</b>		
AMPYRA	5	PA
AVONEX	5	QL (4 syringes / 28 days), PA
COPAXONE	5	QL (30 syringes / 30 days), PA
EXTAVIA	5	QL (14 syringes / 28 days), PA
GILENYA	5	PA
REBIF	5	QL (12 syringes / 28 days), PA
REBIF TITRATION PACK	5	QL (12 syringes / 28 days), PA
<b>MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS [AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELETICO]</b>		

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización 28
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>baclofen</i>	2	
<i>carisoprodol</i>	2	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>chlorzoxazone</i>	1	PA
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	2	PA
<i>dantrolene sodium</i>	2	
<i>metaxalone</i>	2	PA
<i>methocarbamol</i>	1	PA
<i>orphenadrine citrate</i>	2	PA; tablet
<i>orphenadrine w/ aspirin &amp; caff</i>	2	PA
ROBAXIN INJ 100MG/ML	3	
<i>tizanidine hcl</i>	2	

#### ***NARCOLEPSY/CATAPLEXY [NARCOLEPSIA / CATAPLEXIA]***

NUVIGIL	3	PA
PROVIGIL 100mg	4	QL (90 tabs / 30 days), PA
PROVIGIL 200mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
XYREM	5	LA, PA

#### ***PSYCHOTHERAPEUTIC-MISCELLANEOUS [SICOTERAPEUTICOS MISCELANEOS]***

ANTABUSE	3	
<i>buprenorphine hcl</i>	2	PA
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	2	
CAMPRAL	3	PA
CHANTIX	4	PA
<i>naloxone hcl</i>	2	
<i>naltrexone hcl</i>	2	
NICOTROL INHALER	4	PA
NICOTROL NS	4	PA
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	2	
SUBOXONE SL FILM	3	PA

#### **ENDOCRINE AND METABOLIC [ENDOCRINO Y METABOLICO]**

##### ***ANDROGENS [ANDROGENOS]***

ANADROL-50	5	PA
ANDRODERM	3	QL (30 ea / 30 days), PA
ANDROGEL	3	QL (300 gm / 30 days), PA
ANDROGEL PUMP	3	QL (150 gm / 30 days), PA
ANDROXY	3	PA
<i>oxandrolone 2.5mg</i>	2	PA
<i>oxandrolone 10mg</i>	5	PA
TESTIM	4	QL (300 gm / 30 days), PA

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>testosterone cypionate</i>	2	
<i>testosterone enanthate</i>	2	
<b>ANTIDIABETICS, INJECTABLE [ANTIDIABETICOS, INJECTABLES]</b>		
ALCOHOL PREPS	3	
APIDRA	3	
APIDRA SOLOSTAR	3	
BYETTA	3	QL (1 pen / 30 days), PA
HUMALOG	3	
HUMALOG KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 PEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N U-100 PEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR	3	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LEVEMIR	3	
LEVEMIR FLEXPEN	3	
NOVOLIN 70/30	3	
NOVOLIN N	3	
NOVOLIN R	3	
NOVOLOG	3	
NOVOLOG FLEXPEN	3	
NOVOLOG MIX 70/30	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILL	3	
SYMLIN	3	PA
SYMLINPEN 120	3	PA
SYMLINPEN 60	3	PA
VICTOZA	3	QL (3 pens / 30 days)
<b>ANTIDIABETICS, ORAL [ANTIDIABETICOS, ORAL]</b>		
<i>acarbose</i>	2	
ACTOPLUS MET	3	QL (90 tabs / 30 days)
ACTOS 15mg	3	QL (90 tabs / 30 days)

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
ACTOS 30mg	3	QL (45 tabs / 30 days)
ACTOS 45mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
DUETACT	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> 1mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> 2mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> 4mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> 10mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> 5mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> 2.5mg	2	QL (240 ea / 30 days); ext rel
<i>glipizide er tab</i> 10mg	2	QL (60 ea / 30 days)
<i>glipizide er tab</i> 5mg	2	QL (120 ea / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl</i>	2	
<i>glyburide</i> 1.25mg	2	QL (480 tabs / 30 days)
<i>glyburide</i> 2.5mg	2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glyburide</i> 5mg	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glyburide micronized</i> 1.5mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glyburide micronized</i> 3mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glyburide micronized</i> 6mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glyburide-metformin</i>	2	
JANUMET	3	
JANUVIA 100mg	3	
JANUVIA 25mg, 50mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
KOMBIGLYZE XR	3	
<i>metformin hcl</i> 1000mg, 850mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> 500mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> 750mg	1	QL (90 ea / 30 days)
<i>metformin tab</i> 500mg <i>er</i>	1	QL (120 ea / 30 days)
<i>nateglinide</i>	2	
ONGLYZA 2.5mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
ONGLYZA 5mg	3	
PRANDIN	3	
<b><i>BISPHOSPHONATES [BISFOSFONATOS]</i></b>		
ACTONEL	4	
<i>alendronate sodium</i> 10mg, 40mg, 5mg	2	
<i>alendronate sodium</i> 35mg, 70mg	2	QL (4 tabs / 30 days)
BONIVA 150mg	3	
BONIVA 3mg/3ml	3	B/D

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
ZOMETA	5	B/D
<b>CALCITONINS [CALCITONINAS]</b>		
<i>calcitonin (salmon)</i>	2	
MIACALCIN	3	B/D; injection
<b>CALCIUM RECEPTOR ANTAGONISTS [ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE CALCIO]</b>		
SENSIPAR 30mg	3	
SENSIPAR 60mg, 90mg	5	
<b>CHELATING AGENTS [AGENTES QUELANTES]</b>		
EXJADE 125mg	3	PA
EXJADE 250mg, 500mg	5	PA
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	2	
SYPRINE	3	
<b>CONTRACEPTIVES [ANTICONCEPTIVOS]</b>		
<i>desogestrel &amp; ethinyl estradiol</i>	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic)</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	2	
<i>ethynodiol diacet &amp; eth estrad</i>	2	
<i>levonorgestrel &amp; eth estradiol</i>	2	
<i>levonorgestrel (emergency oc)</i>	2	
<i>levonorgestrel-eth estradiol (triphasic)</i>	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i>	2	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>	2	QL (1 vial / 90 days)
NECON 10/11-28	3	
<i>norethin acet &amp; estrad-fe</i>	2	
<i>norethindrone &amp; eth estradiol</i>	2	
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	2	
<i>norethindrone acet &amp; eth estra</i>	2	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe</i>	2	
<i>norethindrone-eth estradiol (triphasic)</i>	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic)</i>	2	
<i>norgestrel &amp; ethinyl estradiol</i>	2	
NUVARING	3	
ORTHO EVRA	3	
ORTHO TRI-CYCLEN LO	3	
<i>zovia</i>	2	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>ENDOMETRIOSIS</b>		
<i>danazol</i>	2	
SYNAREL	3	
<b>ENZYM REPLACEMENTS [REEMPLAZOS DE ENZIMAS]</b>		
ADAGEN	5	PA
ALDURAZYME	5	PA
BUPHENYL	5	
CEREZYME	5	PA
CYSTADANE	5	
CYSTAGON	3	
ELAPRASE	5	PA
FABRAZYME	5	PA
KUVAN	5	PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	2	B/D; tab and solution
MYOZYME	5	PA
NAGLAZYME	5	PA
ORFADIN	5	PA
VPRIV	5	PA
ZAVESCA	5	PA
<b>ESTROGEN/PROGESTINS [ESTROGENO / PROGESTINAS]</b>		
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>	2	
<b>ESTROGENS [ ESTROGENOS]</b>		
ESTRACE	4	
ESTRADERM	3	
<i>estradiol .5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>estradiol .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, 2 .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr</i>	2	
ESTRING	4	
<i>estropipate</i>	1	PA
FEMRING	4	
VAGIFEM	4	
VIVELLE-DOT	3	
<b>GLUCOCORTICOIDES [GLUCOCORTICOIDES]</b>		
<i>cortisone acetate</i>	2	
<i>dexamethasone .5mg, .75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 1 4mg, 6mg</i>	1	
<i>dexamethasone .5mg/5ml</i>	2	
DEXAMETHASONE INTENSOL	3	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	2	
<i>fludrocortisone acetate</i>	2	
<i>hydrocortisone</i>	2	
<i>hydrocortisone sod succinate</i>	2	
<i>methylprednisolone 4mg</i>	1	
<i>methylprednisolone 16mg, 32mg, 8mg</i>	2	
<i>methylprednisolone acetate</i>	2	
<i>methylprednisolone sod succ</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	2	
<i>prednisone 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg</i>	1	
<i>prednisone 5mg/5ml</i>	2	
PREDNISONE INTENSOL	3	
SOLU-CORTEF	3	
<b>GLUCOSE ELEVATING AGENTS [AGENTES ELEVADORES DE GLUCOSA]</b>		
GLUCAGEN HYPOKIT	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT	3	
PROGLYCEM	3	
<b>HUMAN GROWTH HORMONES [HORMONAS DE CRECIMIENTO HUMANO]</b>		
NORDITROPIN FLEXPOR	5	PA
NORDITROPIN NORDIFLEX PEN	5	PA
<b>MISCELLANEOUS [MISCELANEOS]</b>		
<i>cabergoline</i>	2	
<i>chorionic gonadotropin</i>	2	PA
INCRELEX	5	PA
<i>octreotide acetate 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml</i>	3	PA
<i>octreotide acetate 1000mcg/ml, 500mcg/ml</i>	5	PA
PROLIA	4	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT	5	PA
SOMATULINE DEPOT	5	PA
SOMAVERT	5	PA
<b>PARATHYROID HORMONES [HORMONAS PARATIROIDE]</b>		
FORTEO	5	PA
<b>PHOSPHATE BINDER AGENTS [AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO]</b>		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i>	2	
FOSRENOL	3	
PHOSLO	3	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
RENAGEL	3	
REVELA	3	
<b>PROGESTINS [PROGESTINAS]</b>		
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	1	
<i>norethindrone acetate</i>	2	
PROMETRIUM	4	
<b>SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATORS [MODULADORES RECEPTORES DE ESTROGENO SELECTIVO]</b>		
EVISTA	3	
<b>THYROID AGENTS [AGENTES TIROIDE]</b>		
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
<i>liothyronine sodium</i>	2	tablet
<i>methimazole</i>	2	
<i>propylthiouracil</i>	1	
SYNTHROID	3	
<b>VASOPRESSINS [VASOPRESINAS]</b>		
<i>desmopressin acetate</i>	2	
<i>desmopressin acetate refrigerated</i>	2	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	2	
<b>GASTROINTESTINAL [GASTROINTESTINAL]</b>		
<b>ANTIEMETICS [ANTIEMETICOS]</b>		
DRONABINOL 2.5mg, 5mg	3	QL (60 caps / 30 days), PA
DRONABINOL 10mg	5	QL (60 caps / 30 days), PA
EMEND 80mg	3	B/D, QL (4 caps / 30 days)
EMEND 125mg	3	B/D, QL (2 caps / 30 days)
EMEND 40mg	3	
<i>granisetron hcl</i>	2	B/D
<i>meclizine hcl</i>	2	
<i>metoclopram inj 5mg/ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl</i>	1	
<i>ondansetron</i>	2	B/D
<i>ondansetron hcl</i>	2	B/D
<i>ondansetron inj</i>	2	B/D
<i>prochlorperazine</i>	2	
<i>prochlorperazine edisylate</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate</i>	1	
<i>promethazine hcl 6.25mg/5ml</i>	1	PA

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>promethazine hcl</i> 12.5mg, 25mg, 50mg	2	PA
<i>promethazine hcl inj</i>	2	
SANCUSO	3	QL (4 ptch / 30 days), PA
TRANSDERM-SCOP	3	QL (24 ea / year), PA
<i>trimethobenzamide hcl</i>	2	PA
<b>ANTISPASMODICS [ANTIESPASMODICOS]</b>		
<i>dicyclomine hcl</i> 10mg, 20mg	1	PA
<i>dicyclomine hcl</i> 10mg/5ml	2	PA
<i>dicyclomine inj</i>	2	
<i>glycopyrrolate</i>	2	
<b>H2-RECEPTOR ANTAGONISTS [ANTAGONISTAS DE RECEPTORES H2]</b>		
<i>cimetidine</i>	1	
<i>cimetidine inj</i> 150mg/ml	2	
<i>cimetidine sol</i> 300/5ml	2	
<i>cimetidine tab</i> 200 mg	1	
<i>famotidine</i> 20mg, 40mg	1	
<i>famotidine</i> 10mg/ml, 40mg/5ml	2	
<i>ranitidine hcl</i> 150mg, 300mg	1	
<i>ranitidine hcl</i> 150mg, 150mg/6ml, 15mg/ml, 300mg	2	
<b>INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL INTESTINO]</b>		
APRISO	3	
ASACOL	4	
<i>balsalazide disodium</i>	2	
CANASA	3	
DIPENTUM	4	
ENTOCORT EC	5	
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	2	
LIALDA	3	
<i>mesalamine</i>	2	
PENTASA	3	
<i>sulfasalazine</i>	2	
<b>LAXATIVES [LAXANTES]</b>		
KRISTALOSE	4	
<i>lactulose</i>	2	
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	2	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate</i>	2	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride</i>	2	
<i>polyethylene glycol 3350</i>	2	
RELISTOR	3	PA
VISICOL	4	
<b>MISCELLANEOUS [MISCELANEOS]</b>		
AMITIZA	3	QL (60 caps / 30 days), ST
CARAFATE	3	suspension
<i>diphenoxylate w/ atropine</i>	2	PA; tablet
<i>diphenoxylate w/ atropine</i>	2	PA
GASTROCROM	5	
<i>loperamide hcl</i>	1	
LOTRONEX	3	
<i>misoprostol</i>	2	
<i>sucralfate</i>	2	
<i>ursodiol</i>	2	
XIFAXAN TAB 550MG	5	PA
<b>PANCREATIC ENZYMES [ ENZIMAS PANCREATICAS]</b>		
CREON	4	ST
PANCREAZE	3	
ZENPEP	3	
<b>PROTON PUMP INHIBITOR/ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS [COMBINACIONES DE LA BOMBA DE PROTONES]</b>		
PREVPAC	3	QL (1 box / year)
<b>PROTON PUMP INHIBITORS [INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES]</b>		
DEXILANT	3	QL (30 ea / 30 days)
<i>lansoprazole</i>	3	QL (30 ea / 30 days)
<i>lansoprazole odt</i>	3	QL (30 ea / 30 days)
NEXIUM	3	QL (30 ea / 30 days)
NEXIUM GRANULES	3	QL (30 / 30 days)
NEXIUM I.V.	3	
<i>omeprazole 10mg</i>	2	QL (30 ea / 30 days)
<i>omeprazole 20mg</i>	2	QL (60 ea / 30 days)
<i>omeprazole 40mg</i>	3	QL (30 ea / 30 days)
<i>pantoprazole sodium</i>	3	QL (30 ea / 30 days)

## **GENITOURINARY [GENITOURINARIO]**

### **BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA [HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA]**

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>finasteride</i>	2	
<i>tamsulosin hcl</i>	2	
UROXATRAL	3	ST
<b>MISCELLANEOUS [MISCELANEOS]</b>		
<i>bethanechol chloride</i>	2	
ELMIRON	4	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	2	
<b>URINARY ANTISPASMODICS [ANTI-ESPASMODICOS URINARIOS]</b>		
DETROL	4	ST
DETROL LA 2mg	3	QL (30 ea / 30 days)
DETROL LA 4mg	3	
ENABLEX 15mg	3	
ENABLEX 7.5mg	3	QL (30 ea / 30 days)
GELNIQUE	3	
<i>oxybutynin chloride</i> 5mg	1	
<i>oxybutynin chloride</i> 10mg, 15mg, 5mg	2	ext rel
<i>oxybutynin chloride</i> 5mg/5ml	2	
OXYTROL	4	ST
SANCTURA XR	4	ST
TOVIAZ 4mg	4	QL (30 ea / 30 days), ST
TOVIAZ 8mg	4	ST
<i>trospium chloride</i>	2	
VESICARE 10mg	3	
VESICARE 5mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<b>VAGINAL ANTI-INFECTIVES [ANTI-INFECIOSOS VAGINALES]</b>		
CLEOCIN VAG SUPP 100MG	3	
<i>clindamycin cre 2% vag</i>	2	
<i>metronidazole vaginal</i>	2	
<i>terconazole vaginal</i>	2	
<b>HEMATOLOGIC [HEMATOLOGICO]</b>		
<b>ANTICOAGULANTS [ANTICOAGULANTES]</b>		
ARIXTRA 2.5mg/0.5ml	3	QL (60 syringes / 180 days)
ARIXTRA 10mg/0.8ml	5	QL (38 syringes / 180 days)
ARIXTRA 5mg/0.4ml	5	QL (75 syringes / 180 days)
ARIXTRA 7.5mg/0.6ml	5	QL (50 syringes / 180 days)
COUMADIN	3	
<i>enoxaparin sodium</i> 100mg/ml, 150mg/ml	2	QL (60 syringes / 180 days)

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>enoxaparin sodium</i> 120mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	2	QL (75 syringes / 180 days)
<i>enoxaparin sodium</i> 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml	2	QL (150 syringes / 180 days)
<i>enoxaparin sodium</i> 60mg/0.6ml	2	QL (100 syringes / 180 days)
FRAGMIN 25000unit/ml	3	QL (30 mls per 180 days)
FRAGMIN 2500unit/0.2ml	3	QL (30 ml / 180 days)
FRAGMIN 5000unit/0.2ml	3	QL (150 syringes / 180 days)
FRAGMIN 10000unit/ml	5	QL (30 syringes / 180 days)
FRAGMIN 12500unit/0.5ml	5	QL (60 syringes / 180 days)
FRAGMIN 15000unit/0.6ml	5	QL (50 syringes / 180 days)
FRAGMIN 18000unt/0.72ml	5	QL (42 syringes / 180 days)
FRAGMIN 7500unit/0.3ml	5	QL (100 syringes / 180 days)
HEP SOD/NAACL INJ 25000	3	B/D
<i>heparin (porcine) in sodium chloride</i>	2	B/D
<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	2	B/D
HEPARIN SOD INJ 2000/ML	3	B/D
<i>heparin sodium (porcine)</i>	2	B/D
PRADAXA	3	
<i>warfarin sodium</i>	1	

**HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS [FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYETICO]**

ARANESP ALBUMIN FREE 25mcg/0.42ml, 25mcg/ml, 40mcg/0.4ml, 40mcg/ml, 60mcg/0.3ml, 60mcg/ml	3	PA
ARANESP ALBUMIN FREE 100mcg/0.5ml, 100mcg/ml, 150mcg/0.3ml, 200mcg/0.4ml, 200mcg/ml, 300mcg/0.6ml, 300mcg/ml, 500mcg/ml	5	PA
LEUKINE	5	PA
MOZOBIL	5	PA
NEUPOGEN	5	PA
PROCRIT 10000unit/ml, 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml	3	QL (12 vials / 30 days), PA
PROCRIT 20000unit/ml	5	QL (12 vials / 30 days), PA
PROCRIT 40000unit/ml	5	QL (6 vials / 30 days), PA

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>MISCELLANEOUS [MISCELANEOS]</b>		
<i>anagrelide hcl</i>	2	PA
<i>cilostazol</i>	2	
CYKLOKAPRON	3	
<i>pentoxifylline</i>	2	
PROMACTA	5	PA
<b>PLATELET AGGREGATION INHIBITORS [INHIBIDORES DE ACUMULACION DE PLAQUETAS]</b>		
AGGRENEX	3	
<i>dipyridamole</i>	2	PA
EFFIENT	3	
PLAVIX 300mg	3	QL (1 tab / 25 days)
PLAVIX 75mg	3	
<b>IMMUNOLOGIC AGENTS [AGENTES INMUNOLOGICOS]</b>		
<b>DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS) [MEDICAMENTOS ANTIREUMATICOS MODIFICADOES DE ENFERMEDAD]</b>		
ACTEMRA	5	PA
ENBREL	5	PA
HUMIRA	5	PA
HUMIRA PEN-CROHNS DISEASE	5	PA
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	2	
<i>leflunomide</i>	2	
<i>methotrexate sodium 2.5mg</i>	2	
REMICADE	5	PA
RHEUMATREX	3	
<b>IMMUNOGLOBULINS [INMUNOGLOBULINA]</b>		
GAMASTAN S/D	3	B/D
GAMMAGARD LIQUID	5	PA
GAMUNEX	5	PA
<b>IMMUNOMODULATORS [INMUNOMODULADORES]</b>		
ACTIMMUNE	5	PA
ARCALYST	5	PA
INFERGEN	5	PA
INTRON-A	5	B/D
INTRON-A W/DILUENT	5	B/D
PEG-INTRON	5	PA
PEG-INTRON REDIPEN	5	PA

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
PEGASYS	5	PA
REVLIMID	5	LA, PA
THALOMID	5	PA
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS [INMUNOSUPRESORES]</b>		
AZASAN	3	B/D
<i>azathioprine</i>	2	B/D
<i>azathioprine inj 100mg</i>	2	B/D
CELLCEPT	3	B/D
<i>cyclosporine</i>	2	B/D
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>	2	B/D
<i>mycophenolate mofetil</i>	2	B/D
MYFORTIC	3	B/D
NEORAL	3	B/D
PROGRAF .5mg, 1mg	3	B/D
PROGRAF 5mg	5	B/D
RAPAMUNE	3	B/D
SANDIMMUNE	3	B/D
<i>tacrolimus .5mg, 1mg</i>	2	B/D
<i>tacrolimus 5mg</i>	5	B/D
ZORTRESS .25mg, .5mg	3	B/D
ZORTRESS .75mg	5	B/D
<b>VACCINES [VACUNAS]</b>		
ACTHIB	3	
ADACEL	3	
BOOSTRIX	3	
CERVARIX	3	
COMVAX	3	
DAPTACEL	3	
DECAVAC	3	B/D
DIPHTHERIA/TETANUS TOXOID	3	B/D
ENGERIX-B	3	B/D
GARDASIL	3	
HAVRIX	3	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	3	
INFANRIX	3	
IPOL INACTIVATED IPV	3	
IXIARO	3	
JE-VAX	3	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
M-M-R II W/DILUENT 10 DOS	3	
MENACTRA	3	
MENOMUNE-A/C/Y/W-135	3	
MENVEO	3	
PEDVAX HIB	3	
PROQUAD	3	
RABAVERT	3	
RECOMBIVAX HB	3	B/D
ROTATEQ	3	
TETANUS TOXOID ADSORBED	3	B/D
TETANUS/DIPHThERIA TOXOID	3	B/D
TRIPEDIA	3	
TWINRIX	3	
TYPHIM VI	3	
VAQTA	3	
VARIVAX	3	
YF-VAX	3	
ZOSTAVAX	3	QL (1 vial in lifetime)

#### NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS [NUTRICIONAL / SUPLEMENTOS]

##### ***ELECTROLYTES [ELECTROLITOS]***

KLOR-CON M15	3	
<i>parenteral electrolytes</i>	2	B/D
<i>potassium chloride 10meq, 2meq/ml, 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals cr 2</i>		
<i>sodium chloride 2.5meq/ml</i>	2	

##### ***IV NUTRITION [NUTRICION INTRAVENOSA]***

<i>amino acid electrolyte infusion</i>	2	B/D
<i>amino acid infusion</i>	2	B/D
AMINOSYN	3	B/D
AMINOSYN II	3	B/D
AMINOSYN II 3.5%/DEXTROSE	3	B/D
AMINOSYN II 3.5%/DEXTROSE	3	B/D
AMINOSYN II 4.25%/DEXTROSE	3	B/D
AMINOSYN II 5%/DEXTROSE 25	3	B/D
AMINOSYN II M 3.5%/DEXTRO	3	B/D
AMINOSYN M	3	B/D
AMINOSYN-HBC	3	B/D
AMINOSYN-PF	3	B/D

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
------------------------	-------	--------------------

AMINOSYN-PF 7%	3	B/D
CLINIMIX 2.75%/DEXTROSE 5	3	B/D
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 1	3	B/D
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 2	3	B/D
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5	3	B/D
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	3	B/D
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	3	B/D
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 25%	3	B/D
CLINIMIX E 2.75%/DEXTROSE	3	B/D
CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE	3	B/D
CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 15	3	B/D
CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 20	3	B/D
CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 25	3	B/D
<i>fat emulsion</i>	2	B/D
FREAMINE III 3%	3	B/D
HEPATASOL	3	B/D
INTRALIPID	3	B/D
LIPOSYN II	3	B/D
LIPOSYN III	3	B/D
NEPHRAMINE	3	B/D
PREMASOL	3	B/D
PROCALAMINE	3	B/D
PROSOL	3	B/D
TRAVASOL	3	B/D
TROPHAMINE	3	B/D

#### **IV REPLACEMENT SOLUTIONS [SOLUCIONES DE REEMPLAZO]**

<i>dextrose</i>	2	
DEXTROSE 5%	3	
DEXTROSE 5%/POTASSIUM CHL	3	
<i>dextrose w/ sodium chloride</i>	2	
<i>electrolyte-m in dextrose</i>	2	
<i>electrolyte-r</i>	2	
<i>electrolyte-r in dextrose</i>	2	
IONOSOL-B/DEXTROSE 5%	3	
IONOSOL-MB/DEXTROSE 5%	3	
IONOSOL-T/DEXTROSE 5%	3	
ISOLYTE-H/DEXTROSE 5%	3	
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5%	3	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
------------------------	-------	--------------------

ISOLYTE-S	3	
ISOLYTE-S/DEXTROSE 5%	3	
KCL 0.15%/D10W/NACL 0.2%	3	
KCL 0.15%/D5W/LR	3	
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.225%	3	
KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9%	3	
<i>lactated ringer's</i>	2	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W	3	
NORMOSOL-R	3	
PLASMA-LYTE 56	3	
PLASMA-LYTE A	3	
PLASMA-LYTE-148	3	
PLASMA-LYTE-148/D5W	3	
PLASMA-LYTE-56/D5W	3	
<i>potassium chloride .4meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 30meq/100ml</i>	2	
POTASSIUM CHLORIDE 0.3%/	3	
<i>potassium chloride in d5w lactated ringers</i>	2	
<i>potassium chloride in dextrose</i>	2	
<i>potassium chloride in dextrose &amp; sodium chloride</i>	2	
<i>potassium chloride in nacl</i>	2	
<i>ringer's</i>	2	
<i>sodium chloride .45%, .9%, 3%, 5%</i>	2	
<b>VITAMINS [VITAMINAS]</b>		
<i>calcitriol</i>	2	B/D
HECTOROL	4	B/D
ZEMPLAR	3	B/D

### OPHTHALMIC [OFTALMICO]

#### ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY [ANTI-INFECCIOSO / ANTI-INFLAMATORIO]

<i>bacitracin-poly-neomycin-hc</i>	2	
BLEPHAMIDE S.O.P.	3	
<i>neomycin-polymy-dexameth</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc (ophth)</i>	2	
<i>sulfacetamide sod-prednisolone</i>	2	
TOBRADEX	4	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	2	

#### ANTI-INFECTIVES [ANTI-INFECCIOSO]

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
AZASITE	3	
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	2	
<i>bacitracin-polymyxin b (ophth)</i>	2	
CILOXAN	3	ointment
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	2	
<i>erythromycin (ophth)</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (ophth) .3%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (ophth) .3%</i>	2	ointment
<i>levofloxacin (ophth)</i>	2	
NATACYN	3	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyxin</i>	2	
<i>neomycin-polmy-gramicid</i>	2	
<i>ofloxacin (ophth)</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	1	
<i>tobramycin sulfate (ophth)</i>	1	
TOBREX OINT 0.3%	3	
<i>trifluridine</i>	2	
VIGAMOX	3	
ZYMAR	3	
ZYMAXID	3	
<b>ANTI-INFLAMMATORIES [ANTI-INFLAMATORIOS]</b>		
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>	2	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	2	
<i>fluorometholone (ophth)</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	
FML	3	oint
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	2	
LOTEMAX	4	
PRED MILD	4	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	1	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	3	
<b>ANTIALLERGICS [ANTI-ALERGENICOS]</b>		
ALOCRIAL	4	
ALOMIDE	4	
ALREX	3	
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	2	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	1	
PATADAY	3	
PATANOL	3	
<b>ANTIGLAUCOMA</b>		
ALPHAGAN P	3	
AZOPT	3	
<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	2	
BETIMOL	4	
BETOPTIC-S	3	
<i>brimonidine tartrate</i>	2	
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	2	
COMBIGAN	3	
<i>dorzolamide hcl</i>	2	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate</i>	2	
<i>latanoprost</i>	2	QL (2.5ml / 30 days)
<i>levobunolol hcl</i>	1	
LUMIGAN	3	QL (2.5ml / 30 days)
<i>metipranolol</i>	2	
PILOPINE HS	3	
<i>timolol maleate (ophth) .25%, .5%</i>	1	
<i>timolol maleate (ophth) .25%, .5%</i>	2	gel
TRAVATAN Z	3	QL (2.5ml / 30 days)
<b>MISCELLANEOUS [MISCELANEOS]</b>		
LACRISERT	3	
<i>naphazoline hcl</i>	1	
<i>proparacaine hcl</i>	2	
RESTASIS	3	
<b>RESPIRATORY [RESPIRATORIO]</b>		
<b>ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS [COMBINACIONES</b>		
<b>ANTICOLINERGICO / AGONISTAS BETAS]</b>		
COMBIVENT	3	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol</i>	2	B/D
<b>ANTICHOLINERGICS [ANTICOLINERGICOS]</b>		
ATROVENT HFA	3	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	2	
<i>ipratropium sol inhal</i>	2	B/D
SPIRIVA HANDHALER	3	QL (30 caps / 30 days)

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<b>ANTI-HISTAMINES [ANTI-HISTAMINICOS]</b>		
ASTEPRO	3	QL (2 spray-bottles / 30 days)
<i>azelastine hcl</i>	2	QL (2 bottles / 30 days)
<i>cetirizine hcl</i>	2	syrup
<i>clemastine fumarate</i>	2	
<i>cyproheptadine hcl</i>	2	PA
<i>diphenhydramine hcl</i>	2	
<i>fexofenadine hcl</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl</i>	2	PA
<i>hydroxyzine hcl inj</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	2	PA
<i>levocetirizine tab 5 mg</i>	2	
<b>BETA AGONISTS [AGONISTAS BETA]</b>		
<i>albuterol sulfate</i> 2mg, 2mg/5ml, 4mg	1	
<i>albuterol sulfate</i> .083%, .5%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml	2	B/D
<i>albuterol sulfate</i> 4mg, 8mg	2	
FORADIL AEROLIZER	3	QL (60 caps / 30 days)
<i>levalbuterol hcl</i>	2	B/D
PERFORMIST	4	B/D
PROAIR HFA	3	QL (2 inhalers / 30 days)
SEREVENT DISKUS	4	QL (1 inhaler / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i>	2	
XOPENEX	4	B/D
<b>LEUKOTRIENE RECEPTOR ANTAGONISTS [ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LEUKOTRIENE]</b>		
SINGULAIR	3	ST
<i>zafirlukast</i>	2	
<b>MAST CELL STABILIZERS [ESTABILIZADORES DE CELULAS MASTOCITAS]</b>		
<i>cromolyn sodium</i>	2	B/D
<b>MISCELLANEOUS [MISCELANEOS]</b>		
<i>acetylcysteine</i>	2	B/D
ARALAST NP	5	PA
CAYSTON	5	PA
<i>epinephrine hcl</i>	2	
EPIPEN 2-PAK	3	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
EPIPEN-JR 2-PAK	3	
<i>promethazine &amp; phenylephrine</i>	2	PA
PULMOZYME	5	B/D
TOBI	5	B/D
XOLAIR	5	PA
<b>NASAL STEROIDS [ESTERIODES NASALES]</b>		
<i>flunisolide (nasal)</i>	2	QL (2 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	2	QL (1 bottle / 30 days)
NASACORT AQ	3	QL (1 inhaler / 30 days)
NASONEX	4	QL (2 inhalers / 30 days), ST
RHINOCORT AQUA	4	QL (2 inhalers / 30 days), ST
<b>STERIOD INHALANTS [ESTERIODES EN INHALADORES]</b>		
ASMANEX 120 METERED DOSES	3	QL (2 inhalers / 30 days)
ASMANEX 14 METERED DOSES	3	QL (2 inhalers / 30 days)
ASMANEX 30 METERED DOSES	3	QL (2 inhalers / 30 days)
ASMANEX 60 METERED DOSES	3	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>budesonide (inhalation)</i>	2	B/D
PULMICORT FLEXHALER 180mcg/act	4	QL (2 inhalers / 30 days)
PULMICORT FLEXHALER 90mcg/act	4	QL (4 inhalers / 30 days)
QVAR	3	QL (3 inhalers / 30 days)
<b>STERIOD/BETA-AGONIST COMBINATIONS [COMBINACIONES ESTERIODES / AGONISTAS BETA]</b>		
DULERA	3	QL (1 inhaler / 30 days)
SYMBICORT	3	QL (1 inhalers / 30 days)
<b>XANTHINES [XANTINAS]</b>		
<i>aminophylline 100mg, 200mg</i>	1	
<i>aminophylline 25mg/ml</i>	2	
ELIXOPHYLLIN	3	
THEO-24	3	
<i>theophylline</i>	2	
<b>TOPICAL [TOPICO]</b>		
<b>DERMATOLOGY, ACNE [DERMATOLOGIA, ACNE]</b>		
<i>adapalene</i>	2	
AZELEX	4	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	2	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	2	
<i>clindamycin phosphate-benzoyl peroxide</i>	2	
<i>erythromycin (acne aid)</i>	2	
<i>isotretinoin cap 10 mg</i>	2	
RETIN-A MICRO	4	
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	2	
<i>tretinoin .01%, .025%, .05%, .1%</i>	2	
<b>DERMATOLOGY, ACTINIC KERATOSIS [DERMATOLOGIA QUERATOSIS ACTINICA]</b>		
CARAC	3	
FLUOROPLEX	4	
<i>fluorouracil (topical)</i>	2	
SOLARAZE	3	
<b>DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS [DERMATOLOGIA, ANTIBIOTICOS]</b>		
ALTABAX	4	
BACTROBAN	3	cream
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	1	
<i>mupirocin</i>	2	
<i>silver sulfadiazine</i>	1	
<b>DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS [DERMATOLOGIA, ANTIFUNGICOS]</b>		
<i>ciclopirox</i>	2	
<i>ciclopirox olamine</i>	2	
<i>clotrimazole (topical)</i>	1	
<i>econazole nitrate</i>	2	
<i>ketoconazole (topical) 2%</i>	2	
MENTAX	4	
<i>nystatin (topical) 100000unit/gm</i>	1	cream,ointment
<i>nystatin (topical) 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin pow 100000</i>	2	
OXISTAT	4	
<b>DERMATOLOGY, ANTIPRURITIC [DERMATOLOGIA, ANTIPRURITICO]</b>		
CORTIFOAM	4	
<i>hydrocortisone (rectal) 2.5%</i>	1	
ZONALON	3	
<b>DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS [DERMATOLOGIA, ANTISORIATICO]</b>		
<i>calcipotriene</i>	2	
DOVONEX	3	cream
OXSORALEN ULTRA	5	PA

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
SORIATANE	5	PA
TAZORAC	4	PA
<b>DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS [DERMATOLOGIA, ANTISEBORREICOS]</b>		
<i>ketoconazole (topical) 2%</i>	2	
<i>selenium sulfide</i>	1	
<b>DERMATOLOGY, ANTIVIRALS [DERMATOLOGIA, ANTIVIRALES]</b>		
DENAVIR	3	
ZOVIRAX	3	cream, ointment
<b>DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS [DERMATOLOGIA, CORTICOSTEROIDE]</b>		
<i>alclometasone dipropionate</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	2	
<i>betamethasone valerate</i>	1	
<i>clobetasol propionate</i>	2	
<i>clobetasol propionate emollient base</i>	2	
CORDRAN	4	
CORDRAN TAPE	4	
DERMA-SMOOTH/FS BODY OIL	3	
<i>desonide</i>	2	
<i>desoximetasone</i>	2	
<i>diflorasone diacetate</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide</i>	2	
<i>fluocinonide</i>	2	
<i>fluocinonide emulsified base</i>	2	
<i>fluticasone propionate</i>	2	
<i>halobetasol propionate</i>	2	
<i>hydrocortisone (rectal) 1%</i>	1	
<i>hydrocortisone (topical) 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone (topical) 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate</i>	2	
KENALOG	4	
LOCOID LIPOCREAM	4	
LUXIQ	4	
<i>mometasone furoate</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide (topical) .025%, .1%, .5%</i>	1	cream, ointment
<i>triamcinolone acetonide (topical) .5%</i>	1	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>triamcinolone acetonide (topical) .025%, .1%</i>	2	
<b>DERMATOLOGY, IMMUNOMODULATORS [DERMATOLOGIA, INMUNOMODULADORES]</b>		
ELIDEL	3	PA
PROTOPIC	3	PA
<b>DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS [DERMATOLOGIA, ANESTESICOS LOCALES]</b>		
<i>lidocaine</i>	2	
<i>lidocaine hcl</i>	2	
<i>lidocaine-prilocaine</i>	2	
LIDODERM	3	QL (90 patch / 25 days), PA
<b>DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE [DERMATOLOGIA, PIEL Y MEMBRANA MUCOSA MISCELANEOS]</b>		
CONDYLOX	4	
<i>imiquimod</i>	2	
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	2	
PANRETIN	5	
PENNSAID	3	
<i>podofilox</i>	2	
TARGRETIN 1%	5	
VOLTAREN GEL 1%	3	
ZYCLARA	3	
<b>DERMATOLOGY, ROSACEA [DERMATOLOGIA, ROSACEA]</b>		
FINACEA	4	
METROGEL	3	
<i>metronidazole (topical)</i>	2	
ORACEA	3	
<b>DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES [DERMATOLOGIA, ESCABICIDAS Y PELICULOIDES]</b>		
EURAX	4	
<i>malathion</i>	2	
<i>permethrin</i>	1	
<b>DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS [DERMATOLOGIA, CUIDADO DE HERIDA]</b>		
REGRANEX	5	PA
SANTYL	3	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	2	
<b>MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS [AGENTES DE BOCA / GARGANTA / DENTALES]</b>		
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	1	
EVOXAC	3	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	1	
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	2	
ORAVIG	3	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	2	
<b>OTIC [OTICOS]</b>		
<i>acetic acid (otic)</i>	2	
CIPRO HC	4	
CIPRODEX	4	
DERMOTIC	3	
<i>hydrocortisone w/acetic acid</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc (otic)</i>	2	
<i>ofloxacin (otic)</i>	2	

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA - Limit Access – Acceso Limitado ( medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

# Índice

A	
ABILIFY .....	26
ABILIFY DISCMELT .....	26
<i>acarbose</i> .....	30
<i>acebutolol hcl</i> .....	20
<i>acetaminophen w/ codeine</i> .....	7
<i>acetazolamide</i> .....	21
<i>acetic acid (otic)</i> .....	52
<i>acetylcysteine</i> .....	47
ACTEMRA .....	40
ACTHIB .....	41
ACTIMMUNE .....	40
ACTONEL .....	31
ACTOPLUS MET .....	30
ACTOS .....	30, 31
<i>acyclovir</i> .....	12
ADACEL .....	41
ADAGEN .....	33
<i>adapalene</i> .....	48
ADCIRCA .....	22
ADVICOR .....	19
AFINITOR .....	16
AGGRENOX .....	40
ALBENZA .....	13
<i>albuterol sulfate</i> .....	47
<i>alclometasone dipropionate</i> .....	50
ALCOHOL PREPS .....	30
ALDURAZYME .....	33
<i>alendronate sodium</i> .....	31
ALIMTA .....	14
ALINIA .....	13
<i>allopurinol</i> .....	7
<i>allopurinol inj 500mg</i> .....	7
ALOCRIL .....	45
ALOMIDE .....	45
ALPHAGAN P .....	46
ALREX .....	45
ALTABAX .....	49
ALTOPREV .....	19
<i>amantadine hcl</i> .....	25
<i>amifostine crystalline</i> .....	16
<i>amikacin sulfate</i> .....	9
<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide</i> .....	21
<i>amiloride hcl</i> .....	21
<i>amino acid electrolyte infusion</i> .....	42
<i>amino acid infusion</i> .....	42
<i>aminophylline</i> .....	48
AMINOSYN .....	42
AMINOSYN II .....	42
AMINOSYN II 3.5%/DEXTROSE .....	42
AMINOSYN II 3.5/DEXTROSE .....	42
AMINOSYN II 4.25/DEXTROSE .....	42
AMINOSYN II 5/DEXTROSE 25 .....	42
AMINOSYN II M 3.5%/DEXTRO .....	42
AMINOSYN M .....	42
AMINOSYN-HBC .....	42
AMINOSYN-PF .....	42
AMINOSYN-PF 7% .....	43
<i>amiodarone hcl</i> .....	18
<i>amiodarone inj 50mg/ml</i> .....	18
AMITIZA .....	37
<i>amitriptyline hcl</i> .....	24
<i>amlod/benazp cap 2.5-10mg</i> .....	17
<i>amlod/benazp cap 5-10mg</i> .....	17
<i>amlodipine besylate</i> .....	20
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i> .....	17
AMOXAPINE .....	24
<i>amoxicillin</i> .....	9
<i>amoxicillin &amp; pot clavulanate</i> .....	9
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i> .....	27
<i>amphotericin b</i> .....	10
<i>ampicillin</i> .....	9
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium</i> .....	9
<i>ampicillin sodium</i> .....	9
AMPYRA .....	28
AMTURNIDE .....	21
ANADROL-50 .....	29
<i>anagrelide hcl</i> .....	40
<i>anastrozole</i> .....	15
ANCOBON .....	10
ANDRODERM .....	29
ANDROGEL .....	29
ANDROGEL PUMP .....	29
ANDROXY .....	29
ANTABUSE .....	29
ANTARA .....	19
APIDRA .....	30
APIDRA SOLOSTAR .....	30
APOKYN .....	25
APRISO .....	36
APTIVUS .....	11
ARALAST NP .....	47
ARANESP ALBUMIN FREE .....	39
ARCALYST .....	40
ARIXTRA .....	38

ASACOL.....	36	BETIMOL.....	46
ASMANEX 120 METERED DOSES .....	48	BETOPTIC-S.....	46
ASMANEX 14 METERED DOSES.....	48	<i>bicalutamide</i> .....	15
ASMANEX 30 METERED DOSES.....	48	BICILLIN C-R.....	9
ASMANEX 60 METERED DOSES.....	48	BICILLIN L-A.....	9
ASTEPRO.....	47	BICNU.....	14
ATACAND.....	18	BIDIL.....	22
ATACAND HCT.....	18	<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide</i> .....	20
<i>atenolol</i> .....	20	<i>bisoprolol fumarate</i> .....	20
<i>atenolol &amp; chlorthalidone</i> .....	20	<i>bleomycin sulfate</i> .....	14
ATRIPLA.....	11	BLEPHAMIDE S.O.P.....	44
ATROVENT HFA.....	46	BONIVA.....	31
AVASTIN.....	15	BOOSTRIX.....	41
AVELOX.....	9	<i>brimonidine tartrate</i> .....	46
AVELOX ABC PACK.....	9	<i>bromfenac sodium (ophth)</i> .....	45
AVINZA.....	7	<i>bromocriptine mesylate</i> .....	25
AVONEX.....	28	<i>budesonide (inhalation)</i> .....	48
AZASAN.....	41	<i>bumetanide</i> .....	21
AZASITE.....	45	BUPHENYL.....	33
<i>azathioprine</i> .....	41	<i>buprenorphine hcl</i> .....	29
<i>azathioprine inj 100mg</i> .....	41	<i>bupropion hcl</i> .....	24
<i>azelastine hcl</i> .....	47	<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> .....	29
<i>azelastine hcl (ophth)</i> .....	45	<i>buspirone hcl</i> .....	22
AZELEX.....	48	BUSULFEX.....	14
AZILECT.....	25	<i>butalbital-acetaminophen-caffeine w/ codeine</i> ....	7
<i>azithromycin</i> .....	9	<i>butalbital-aspirin-caffeine w/cod</i> .....	7
AZOPT.....	46	<i>butorphanol tartrate</i> .....	7
AZOR.....	18	BYETTA.....	30
<b>B</b>		BYSTOLIC.....	20
<i>bacitracin (ophthalmic)</i> .....	45	<b>C</b>	
<i>bacitracin-polymyxin b (ophth)</i> .....	45	<i>cabergoline</i> .....	34
<i>bacitracin-poly-neomycin-hc</i> .....	44	CADUET.....	20
<i>baclofen</i> .....	29	<i>calcipotriene</i> .....	49
BACTROBAN.....	49	<i>calcitonin (salmon)</i> .....	32
<i>balsalazide disodium</i> .....	36	<i>calcitriol</i> .....	44
BANZEL.....	22	<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> .....	34
BARACLUDE.....	12	CAMPATH.....	15
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide</i> .....	17	CAMPRAL.....	29
<i>benazepril hcl</i> .....	17	CANASA.....	36
BENICAR.....	18	CANCIDAS.....	10
BENICAR HCT.....	18	CAPASTAT SULFATE.....	12
BENICAR HCT TAB 20-12.5.....	18	<i>captopril</i> .....	17
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i> .....	48	<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide</i> .....	17
<i>benztropine mesylate</i> .....	25	CARAC.....	49
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> .....	50	CARAFATE.....	37
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> .....	50	<i>carbamazepine</i> .....	22
<i>betamethasone valerate</i> .....	50	CARBATROL.....	23
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> .....	46	<i>carbidopa-levodopa</i> .....	25
<i>bethanechol chloride</i> .....	38	<i>carboplatin</i> .....	16

CARDIZEM CD .....	20	<i>ciprofloxacin</i> .....	9
<i>carisoprodol</i> .....	29	<i>ciprofloxacin er</i> .....	9
<i>carteolol hcl (ophth)</i> .....	46	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> .....	45
<i>carvedilol</i> .....	20	<i>cisplatin</i> .....	16
CAYSTON .....	47	<i>citalopram hydrobromide</i> .....	24
CEDAX .....	9	<i>citalopram oral soln 10 mg/5ml</i> .....	24
CEENU.....	14	<i>cladribine</i> .....	16
<i>cefaclor</i> .....	9	<i>clarithromycin</i> .....	9
CEFACTOR ER .....	9	<i>clemastine fumarate</i> .....	47
<i>cefadroxil</i> .....	9	CLEOCIN CAP 75MG .....	13
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML .....	9	CLEOCIN PED SOL 75MG/5ML.....	13
<i>cefazolin sodium</i> .....	9	CLEOCIN VAG SUPP 100MG.....	38
<i>cefdinir</i> .....	9	<i>clindamycin cre 2% vag</i> .....	38
<i>cefepime hcl</i> .....	9	<i>clindamycin hcl</i> .....	13
<i>cefotaxime sodium</i> .....	9	<i>clindamycin phosphate</i> .....	13
<i>cefoxitin sodium</i> .....	9	<i>clindamycin phosphate (topical)</i> .....	49
<i>cefpodoxime proxetil</i> .....	9	<i>clindamycin phosphate-benzoyl peroxide</i> .....	49
<i>cefprozil</i> .....	9	CLINIMIX 2.75%/DEXTROSE 5.....	43
<i>ceftriaxone sodium</i> .....	9	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 1.....	43
<i>cefuroxime axetil</i> .....	9	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 2.....	43
<i>cefuroxime sodium</i> .....	9	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5.....	43
CELEBREX .....	8	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15% .....	43
CELLCEPT .....	41	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20% .....	43
CELONTIN.....	23	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 25% .....	43
<i>cephalexin</i> .....	9	CLINIMIX E 2.75%/DEXTROSE .....	43
CEREZYME .....	33	CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE .....	43
CERVARIX .....	41	CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 15 .....	43
<i>cetirizine hcl</i> .....	47	CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 20 .....	43
CHANTIX.....	29	CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 25 .....	43
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> .....	52	<i>clobetasol propionate</i> .....	50
<i>chloroquine phosphate</i> .....	11	<i>clobetasol propionate emollient base</i> .....	50
<i>chlorothiazide</i> .....	21	<i>clomipramine hcl</i> .....	24
CHLORPROMAZ INJ 25MG/ML .....	26	<i>clonidine hcl</i> .....	17
<i>chlorpromazine hcl</i> .....	26	<i>clotrimazole</i> .....	10
<i>chlorthalidone</i> .....	21	<i>clotrimazole (topical)</i> .....	49
<i>chlorzoxazone</i> .....	29	<i>clozapine</i> .....	26
<i>cholestyramine light</i> .....	19	CLOZAPINE .....	26
<i>chorionic gonadotropin</i> .....	34	COARTEM.....	11
<i>ciclopirox</i> .....	49	<i>colchicine w/ probenecid</i> .....	7
<i>ciclopirox olamine</i> .....	49	COLCRYS .....	7
<i>cilostazol</i> .....	40	<i>colestipol hcl</i> .....	19
CILOXAN.....	45	<i>colistimethate sodium</i> .....	13
<i>cimetidine</i> .....	36	COMBIGAN.....	46
<i>cimetidine inj 150mg/ml</i> .....	36	COMBIVENT.....	46
<i>cimetidine sol 300/5ml</i> .....	36	COMBIVIR.....	11
<i>cimetidine tab 200 mg</i> .....	36	COMTAN .....	25
CIPRO .....	9	COMVAX.....	41
CIPRO HC.....	52	CONCERTA.....	27
<i>cipro i.v.</i> .....	9	CONDYLOX .....	51
CIPRODEX.....	52	COPAXONE.....	28

CORDRAN .....	50	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> .....	34
CORDRAN TAPE .....	50	<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> .....	45
COREG CR .....	20	DEXILANT .....	37
CORTIFOAM .....	49	<i>dexrazoxane</i> .....	17
<i>cortisone acetate</i> .....	33	<i>dextroamphetamine sulfate</i> .....	27
COSMEGEN .....	14	<i>dextrose</i> .....	43
COUMADIN .....	38	DEXTROSE 5% .....	43
CREON .....	37	DEXTROSE 5%/POTASSIUM CHL .....	43
CRESTOR .....	19	<i>dextrose w/ sodium chloride</i> .....	43
CRIVIVAN .....	11	<i>diclofenac potassium</i> .....	8
<i>cromolyn sodium</i> .....	47	<i>diclofenac sodium</i> .....	8
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> .....	46	<i>diclofenac sodium (ophth)</i> .....	45
CUBICIN .....	13	<i>dicloxacillin sodium</i> .....	9
<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	29	<i>dicyclomine hcl</i> .....	36
<i>cyclophosphamide</i> .....	14	<i>dicyclomine inj</i> .....	36
<i>cyclosporine</i> .....	41	<i>didanosine</i> .....	11
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> .....	41	<i>diflorasone diacetate</i> .....	50
CYKLOKAPRON .....	40	<i>diflunisal</i> .....	8
CYMBALTA .....	24	<i>digoxin</i> .....	21
<i>cyproheptadine hcl</i> .....	47	DIGOXIN SOL 50MCG/ML .....	21
CYSTADANE .....	33	<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	27
CYSTAGON .....	33	DILANTIN .....	23
<i>cytarabine</i> .....	14	DILANTIN INFATABS .....	23
<b>D</b>		DILAUDID-5 .....	7
<i>dacarbazine</i> .....	14	<i>diltiazem hcl</i> .....	20
<i>danazol</i> .....	33	<i>diltiazem hcl coated beads</i> .....	20
<i>dantrolene sodium</i> .....	29	<i>diltiazem hcl extended release beads</i> .....	21
<i>dapsone</i> .....	13	DIOVAN .....	18
DAPTACEL .....	41	DIOVAN HCT .....	18
DARAPRIM .....	11	DIOVAN HCT TAB 160/12.5 .....	18
<i>daunorubicin hcl</i> .....	14	DIOVAN HCT TAB 80/12.5 .....	18
DAUNOXOME .....	14	DIPENTUM .....	36
DECAVAC .....	41	<i>diphenhydramine hcl</i> .....	47
DENAVIR .....	50	<i>diphenoxylate w/ atropine</i> .....	37
DEPO-PROVERA INJ 400/ML .....	15	DIPHThERIA/TETANUS TOXOID .....	41
DERMA-SMOOTH/FS BODY OIL .....	50	<i>dipyridamole</i> .....	40
DERMOTIC .....	52	<i>disopyramide phosphate</i> .....	19
<i>desipramine hcl</i> .....	24	<i>divalproex sodium</i> .....	23
<i>desmopressin acetate</i> .....	35	<i>donepezil 10mg</i> .....	23
<i>desmopressin acetate refrigerated</i> .....	35	<i>donepezil 5mg</i> .....	23
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> .....	35	<i>dorzolamide hcl</i> .....	46
<i>desogestrel &amp; ethinyl estradiol</i> .....	32	<i>dorzolamide hcl-timolol maleate</i> .....	46
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic)</i> .....	32	DOVONEX .....	49
<i>desonide</i> .....	50	<i>doxazosin mesylate</i> .....	18
<i>desoximetasone</i> .....	50	<i>doxepin hcl</i> .....	24
DETROL .....	38	DOXIL .....	14
DETROL LA .....	38	<i>doxorubicin hcl</i> .....	14
<i>dexamethasone</i> .....	33	<i>doxycycline (monohydrate)</i> .....	10
DEXAMETHASONE INTENSOL .....	33	<i>doxycycline hyclate</i> .....	10
		DRONABINOL .....	35

<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> .....	32
DROXIA .....	16
DUETACT .....	31
DULERA.....	48

**E**

<i>econazole nitrate</i> .....	49
EDURANT .....	11
EFFIENT .....	40
ELAPRASE.....	33
<i>electrolyte-m in dextrose</i> .....	43
<i>electrolyte-r</i> .....	43
<i>electrolyte-r in dextrose</i> .....	43
ELIDEL.....	51
ELITEK.....	17
ELIXOPHYLLIN.....	48
ELMIRON.....	38
ELSPAR.....	16
EMCYT.....	14
EMEND.....	35
EMSAM.....	24
EMTRIVA.....	11
ENABLEX .....	38
<i>enalapril maleate</i> .....	17
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide</i> .....	17
ENBREL .....	40
ENGERIX-B .....	41
<i>enoxaparin sodium</i> .....	38, 39
ENTOCORT EC .....	36
<i>epinephrine hcl</i> .....	47
EPIPEN 2-PAK.....	47
EPIPEN-JR 2-PAK .....	48
EPIRUBICIN HCL .....	14
EPIVIR .....	11
EPIVIR HBV.....	12
<i>eplerenone</i> .....	18
EPZICOM .....	11
<i>ergotamine w/ caffeine</i> .....	27
ERYPED 200 .....	10
ERYTHROCIN LACTOBIONATE .....	10
<i>erythromycin (acne aid)</i> .....	49
<i>erythromycin (ophth)</i> .....	45
<i>erythromycin base</i> .....	10
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	10
<i>erythromycin stearate</i> .....	10
<i>erythromycin-sulfisoxazole</i> .....	13
ESTRACE.....	33
ESTRADERM.....	33
<i>estradiol</i> .....	33
ESTRING .....	33

<i>estropipate</i> .....	33
<i>ethambutol hcl</i> .....	12
<i>ethosuximide</i> .....	23
<i>ethynodiol diacet &amp; eth estrad</i> .....	32
<i>etodolac</i> .....	8
<i>etoposide</i> .....	17
EURAX.....	51
EVISTA .....	35
EVOXAC .....	52
EXALGO .....	7
EXELON.....	23, 24
<i>exemestane</i> .....	15
EXFORGE .....	18
EXFORGE HCT .....	18
EXFORGE TAB 5-160MG .....	18
EXFORGEHCT/5-160-12.5 .....	18
EXJADE .....	32
EXTAVIA.....	28

**F**

FABRAZYME.....	33
<i>famciclovir</i> .....	12
<i>famotidine</i> .....	36
FANAPT.....	26
FANAPT TITRATION PACK.....	26
FARESTON.....	15
FASLODEX.....	15
<i>fat emulsion</i> .....	43
FAZACLO .....	26
FELBATOL .....	23
<i>felodipine</i> .....	21
FEMRING.....	33
<i>fenofibrate</i> .....	19
<i>fenofibrate micronized</i> .....	19
<i>fentanyl citrate</i> .....	7
<i>fentanyl citrate inj 0.05 mg/ml</i> .....	7
<i>fentanyl patch</i> .....	7
<i>fexofenadine hcl</i> .....	47
FINACEA .....	51
<i>finasteride</i> .....	38
<i>flecainide acetate</i> .....	19
<i>fluconazole</i> .....	10
<i>fluconazole in dextrose</i> .....	10
FLUDARABINE PHOSPHATE .....	16
<i>fludrocortisone acetate</i> .....	34
<i>flunisolide (nasal)</i> .....	48
<i>fluocinolone acetonide</i> .....	50
<i>fluocinonide</i> .....	50
<i>fluocinonide emulsified base</i> .....	50
<i>fluorometholone (ophth)</i> .....	45

FLUOROPLEX.....	49
<i>fluorouracil</i> .....	14
<i>fluorouracil (topical)</i> .....	49
<i>fluoxetine hcl</i> .....	24
<i>fluoxetine tab 20mg</i> .....	24
<i>fluphenazine decanoate</i> .....	26
<i>fluphenazine hcl</i> .....	26
<i>flurbiprofen</i> .....	8
<i>flurbiprofen sodium</i> .....	45
<i>flutamide</i> .....	15
<i>fluticasone propionate</i> .....	50
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> .....	48
<i>fluvoxamine maleate</i> .....	22
FML.....	45
FORADIL AEROLIZER.....	47
FORTEO.....	34
<i>fosinopril sodium</i> .....	17
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide</i> .....	17
FOSRENOL.....	34
FRAGMIN.....	39
FREAMINE III 3%.....	43
FROVA.....	27
<i>furosemide</i> .....	21
<i>furosemide inj 10mg/ml</i> .....	21
FUZEON.....	11

## G

<i>gabapentin</i> .....	23
GABITRIL.....	23
<i>galantamine cap 8mg er</i> .....	24
<i>galantamine hydrobromide</i> .....	24
GAMASTAN S/D.....	40
GAMMAGARD LIQUID.....	40
GAMUNEX.....	40
<i>ganciclovir</i> .....	12
<i>ganciclovir inj 500mg</i> .....	12
GARDASIL.....	41
GASTROCROM.....	37
GELNIQUE.....	38
<i>gemcitabine hcl</i> .....	14
<i>gemfibrozil</i> .....	19
<i>gentamicin in saline</i> .....	10
<i>gentamicin sulfate</i> .....	10
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> .....	45
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> .....	49
GEODON.....	26
GEODON INJ.....	26
GILENYA.....	28
GLEEVEC.....	16
<i>glimepiride</i> .....	31

<i>glipizide</i> .....	31
<i>glipizide er tab 10mg</i> .....	31
<i>glipizide er tab 5mg</i> .....	31
<i>glipizide-metformin hcl</i> .....	31
GLUCAGEN HYPOKIT.....	34
GLUCAGON EMERGENCY KIT.....	34
<i>glyburide</i> .....	31
<i>glyburide micronized</i> .....	31
<i>glyburide-metformin</i> .....	31
<i>glycopyrrolate</i> .....	36
<i>granisetron hcl</i> .....	35
<i>griseofulvin microsize</i> .....	10
GRIS-PEG.....	10
<i>guanfacine hcl</i> .....	18
GUANIDINE HCL.....	28

## H

<i>halobetasol propionate</i> .....	50
<i>haloperidol</i> .....	26
<i>haloperidol decanoate</i> .....	26
<i>haloperidol lactate</i> .....	26
HAVRIX.....	41
HECTOROL.....	44
HEP SOD/NACL INJ 25000.....	39
<i>heparin (porcine) in sodium chloride</i> .....	39
<i>heparin sod (porcine) in d5w</i> .....	39
HEPARIN SOD INJ 2000/ML.....	39
<i>heparin sodium (porcine)</i> .....	39
HEPATASOL.....	43
HEPSERA.....	12
HERCEPTIN.....	15
HEXALEN.....	14
HUMALOG.....	30
HUMALOG KWIKPEN.....	30
HUMALOG MIX 50/50.....	30
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	30
HUMALOG MIX 75/25.....	30
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	30
HUMIRA.....	40
HUMIRA PEN-CROHNS DISEASE.....	40
HUMULIN 70/30.....	30
HUMULIN 70/30 PEN.....	30
HUMULIN N.....	30
HUMULIN N U-100 PEN.....	30
HUMULIN R.....	30
HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....	30
<i>hydralazine hcl</i> .....	22
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	21
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> .....	7
<i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....	7

<i>hydrocortisone</i> .....	34
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> .....	36
<i>hydrocortisone (rectal)</i> .....	49, 50
<i>hydrocortisone (topical)</i> .....	50
<i>hydrocortisone butyrate</i> .....	50
<i>hydrocortisone sod succinate</i> .....	34
<i>hydrocortisone valerate</i> .....	50
<i>hydrocortisone w/acetic acid</i> .....	52
<i>hydromorphone hcl</i> .....	7
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....	40
<i>hydroxyurea</i> .....	16
<i>hydroxyzine hcl</i> .....	47
<i>hydroxyzine hcl inj</i> .....	47
<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	47

## I

<i>ibuprofen</i> .....	8
<i>idarubicin hcl</i> .....	14
IFEX .....	14
IFOSFAMIDE.....	14
<i>ifosfamide &amp; mesna</i> .....	17
<i>imipramine hcl</i> .....	24
<i>imiquimod</i> .....	51
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) .....	41
INCRELEX .....	34
<i>indapamide</i> .....	21
INDOCIN .....	8
<i>indomethacin</i> .....	8
INFANRIX.....	41
INFERGEN .....	40
INTELENCE.....	11
INTRALIPID .....	43
INTRON-A.....	40
INTRON-A W/DILUENT .....	40
INVANZ.....	13
INVEGA.....	26
INVEGA SUSTENNA.....	26
INVIRASE .....	11
IONOSOL-B/DEXTROSE 5% .....	43
IONOSOL-MB/DEXTROSE 5% .....	43
IONOSOL-T/DEXTROSE 5% .....	43
IPOL INACTIVATED IPV .....	41
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> .....	46
<i>ipratropium sol inhal</i> .....	46
<i>ipratropium-albuterol</i> .....	46
IRINOTECAN .....	16
ISENTRESS .....	11
ISOLYTE-H/DEXTROSE 5% .....	43
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5% .....	43
ISOLYTE-S.....	44

ISOLYTE-S/DEXTROSE 5% .....	44
<i>isoniazid</i> .....	12
ISORDIL TITRADOSE.....	22
<i>isosorbide dinitrate</i> .....	22
<i>isosorbide mononitrate</i> .....	22
<i>isotretinoin cap 10 mg</i> .....	49
<i>isradipine</i> .....	21
ISTODAX.....	15
<i>itraconazole</i> .....	10
IXIARO.....	41

## J

JANUMET .....	31
JANUVIA .....	31
JE-VAX.....	41

## K

KADIAN.....	7
KALETRA .....	11
KCL 0.15%/D10W/NAACL 0.2% .....	44
KCL 0.15%/D5W/LR .....	44
KCL 0.15%/D5W/NAACL 0.225% .....	44
KCL 0.3%/D5W/NAACL 0.9% .....	44
KENALOG .....	50
<i>ketoconazole</i> .....	10
<i>ketoconazole (topical)</i> .....	49, 50
<i>ketoprofen</i> .....	8
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> .....	45
KLOR-CON M15 .....	42
KOMBIGLYZE XR.....	31
KRISTALOSE .....	36
KUVAN .....	33

## L

<i>labetalol hcl</i> .....	20
LACRISERT.....	46
<i>lactated ringler's</i> .....	44
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> .....	51
<i>lactulose</i> .....	36
<i>lactulose (encephalopathy)</i> .....	36
<i>lamotrigine</i> .....	23
LANOXIN .....	21
<i>lansoprazole</i> .....	37
<i>lansoprazole odt</i> .....	37
LANTUS.....	30
LANTUS SOLOSTAR .....	30
<i>latanoprost</i> .....	46
LATUDA .....	26
<i>leflunomide</i> .....	40
LESCOL .....	19
LESCOL XL.....	19

LETAIRIS .....	22
<i>letrozole</i> .....	15
<i>leucovorin ca inj</i> .....	17
<i>leucovorin calcium</i> .....	17
LEUCOVORIN CALCIUM .....	17
LEUKERAN .....	14
LEUKINE.....	39
<i>leuprolide acetate</i> .....	15
<i>levalbuterol hcl</i> .....	47
LEVAQUIN .....	10
LEVEMIR .....	30
LEVEMIR FLEXPEN.....	30
<i>levetiracetam</i> .....	23
<i>levobunolol hcl</i> .....	46
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> .....	33
<i>levocetirizine tab 5 mg</i> .....	47
<i>levofloxacin (ophth)</i> .....	45
<i>levonorgestrel &amp; eth estradiol</i> .....	32
<i>levonorgestrel (emergency oc)</i> .....	32
<i>levonorgestrel-eth estradiol (triphasic)</i> .....	32
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i> .....	32
<i>levothyroxine sodium</i> .....	35
LEXAPRO .....	24
LEXIVA .....	11
LIALDA .....	36
<i>lidocaine</i> .....	51
<i>lidocaine hcl</i> .....	51
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> .....	8
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> .....	52
<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	51
LIDODERM.....	51
<i>liothyronine sodium</i> .....	35
LIPITOR.....	19
LIPOFEN .....	19
LIPOSYN II .....	43
LIPOSYN III.....	43
<i>lisinopril</i> .....	17
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide</i> .....	17
LITHIUM CARB TAB 300MG.....	28
<i>lithium carbonate</i> .....	28
LITHIUM CITRATE .....	28
LOCOID LIPOCREAM.....	50
<i>loperamide hcl</i> .....	37
<i>losartan potassium</i> .....	18
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide</i> .....	18
LOTEMAX .....	45
LOTRONEX .....	37
<i>lovastatin</i> .....	19
LOVAZA .....	19
<i>loxapine succinate</i> .....	26

LUMIGAN.....	46
LUNESTA .....	27
LUPRON DEPOT.....	15
LUPRON DEPOT-PED.....	15
LUXIQ .....	50
LYRICA.....	23
LYSODREN .....	16

## M

MACRODANTIN CAP 25MG .....	13
MAGNESIUM SULFATE IN D5W .....	44
MALARONE.....	11
<i>malathion</i> .....	51
<i>maprotiline hcl</i> .....	24
MARPLAN .....	24
MATULANE .....	16
MAXALT .....	27
MAXALT-MLT.....	28
<i>mebendazole</i> .....	13
<i>meclizine hcl</i> .....	35
<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....	35
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> ...32	
<i>mefloquine hcl</i> .....	11
MEGACE ES.....	15
<i>megestrol acetate</i> .....	15
<i>meloxicam</i> .....	8
<i>melphalan hcl</i> .....	14
MENACTRA .....	42
MENOMUNE-A/C/Y/W-135.....	42
MENTAX .....	49
MENVEO .....	42
MEPRON.....	13
<i>mercaptopurine</i> .....	14
<i>mesalamine</i> .....	36
<i>mesna</i> .....	17
MESNEX .....	17
MESTINON.....	28
MESTINON TIMESPAN.....	28
METADATE CD .....	27
<i>metaxalone</i> .....	29
<i>metformin hcl</i> .....	31
<i>metformin tab 500mg er</i> .....	31
<i>methadone hcl</i> .....	7
<i>methazolamide</i> .....	21
<i>methenamine hippurate</i> .....	13
<i>methimazole</i> .....	35
<i>methocarbamol</i> .....	29
<i>methotrexate sodium</i> .....	14, 40
<i>methyl dopa</i> .....	22
METHYLIN.....	27

<i>methylphenidate hcl</i> .....	27	<i>naloxone hcl</i> .....	29
<i>methylprednisolone</i> .....	34	<i>naltrexone hcl</i> .....	29
<i>methylprednisolone acetate</i> .....	34	NAMENDA .....	24
<i>methylprednisolone sod succ</i> .....	34	NAMENDA TITRATION PAK.....	24
<i>metipranolol</i> .....	46	<i>naphazoline hcl</i> .....	46
<i>metoclopram inj 5mg/ml</i> .....	35	<i>naproxen</i> .....	8
<i>metoclopramide hcl</i> .....	35	<i>naproxen sodium</i> .....	8
<i>metolazone</i> .....	21	NASACORT AQ .....	48
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide</i> .....	20	NASONEX .....	48
<i>metoprolol succinate</i> .....	20	NATACYN .....	45
<i>metoprolol tartrate</i> .....	20	<i>nateglinide</i> .....	31
METROGEL .....	51	NECON 10/11-28 .....	32
<i>metronidazole</i> .....	13	<i>nefazodone hcl</i> .....	24
<i>metronidazole (topical)</i> .....	51	<i>neomycin sulfate</i> .....	10
<i>metronidazole in nacl</i> .....	13	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyxin</i> .....	45
<i>metronidazole vaginal</i> .....	38	<i>neomycin-polymy-dexameth</i> .....	44
<i>mexiletine hcl</i> .....	19	<i>neomycin-polymy-gramicid</i> .....	45
MIACALCIN .....	32	<i>neomycin-polymyxin-hc (ophth)</i> .....	44
MICARDIS .....	18	<i>neomycin-polymyxin-hc (otic)</i> .....	52
MICARDIS HCT .....	18	NEORAL .....	41
<i>midodrine hcl</i> .....	22	NEPHRAMINE .....	43
MIGERGOT.....	28	NEUPOGEN.....	39
<i>minitran</i> .....	22	NEXAVAR.....	16
<i>minocycline hcl</i> .....	10	NEXIUM.....	37
<i>minoxidil</i> .....	22	NEXIUM GRANULES .....	37
<i>mirtazapine</i> .....	24	NEXIUM I.V. ....	37
<i>misoprostol</i> .....	37	NIASPAN .....	19
<i>mitomycin</i> .....	14	NICOTROL INHALER.....	29
<i>mitoxantrone hcl</i> .....	16	NICOTROL NS .....	29
M-M-R II W/DILUENT 10 DOS.....	42	<i>nifedipine</i> .....	21
<i>moexipril hcl</i> .....	17	NILANDRON.....	15
<i>moexipril-hydrochlorothiazide</i> .....	17	NIMODIPINE.....	21
<i>mometasone furoate</i> .....	50	<i>nisoldipine</i> .....	21
MORPHINE SUL 20MG/ML ORAL SOL .....	7	NITRO-DUR.....	22
<i>morphine sulfate</i> .....	7	<i>nitrofurantoin</i> .....	13
MORPHINE SULFATE .....	7	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	13
MOZOBIL.....	39	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> .....	13
MULTAQ.....	19	<i>nitroglycerin</i> .....	22
<i>mupirocin</i> .....	49	NITROLINGUAL PUMPSPRAY.....	22
MUSTARGEN .....	14	NITROSTAT .....	22
MYCOBUTIN.....	12	NORDITROPIN FLEXPRO.....	34
<i>mycophenolate mofetil</i> .....	41	NORDITROPIN NORDIFLEX PEN .....	34
MYFORTIC .....	41	<i>norethin acet &amp; estrad-fe</i> .....	32
MYOZYME .....	33	<i>norethindrone &amp; eth estradiol</i> .....	32
<b>N</b>		<i>norethindrone (contraceptive)</i> .....	32
<i>nabumetone</i> .....	8	<i>norethindrone acet &amp; eth estra</i> .....	32
<i>nadolol</i> .....	20	<i>norethindrone acetate</i> .....	35
<i>nafcillin sodium</i> .....	10	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> .....	33
NAGLAZYME.....	33	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe</i> .....	32
		<i>norethindrone-eth estradiol (triphasic)</i> .....	32

<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> .....	32
<i>norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic)</i> .....	32
<i>norgestrel &amp; ethinyl estradiol</i> .....	32
NORMOSOL-R .....	44
NORPACE CR.....	19
<i>nortriptylin oral sol 10mg/5ml</i> .....	24
<i>nortriptyline hcl</i> .....	24
NORVIR.....	11
NOVOLIN 70/30.....	30
NOVOLIN N.....	30
NOVOLIN R.....	30
NOVOLOG .....	30
NOVOLOG FLEXPEN.....	30
NOVOLOG MIX 70/30 .....	30
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILL .....	30
NOXAFIL .....	10
NUEDEXTA .....	28
NUVARING.....	32
NUVIGIL .....	29
<i>nystatin</i> .....	11
<i>nystatin (mouth-throat)</i> .....	52
<i>nystatin (topical)</i> .....	49
<i>nystatin pow 100000</i> .....	49

## O

<i>octreotide acetate</i> .....	34
<i>ofloxacin (ophth)</i> .....	45
<i>ofloxacin (otic)</i> .....	52
<i>omeprazole</i> .....	37
<i>ondansetron</i> .....	35
<i>ondansetron hcl</i> .....	35
<i>ondansetron inj</i> .....	35
ONGLYZA.....	31
ONTAK.....	15
OPANA ER.....	8
ORACEA .....	51
ORAP .....	26
ORAVIG .....	52
ORFADIN .....	33
<i>orphenadrine citrate</i> .....	29
<i>orphenadrine w/ aspirin &amp; caff</i> .....	29
ORTHO EVRA .....	32
ORTHO TRI-CYCLEN LO .....	32
OXALIPLATIN .....	16
<i>oxandrolone</i> .....	29
<i>oxaprozin</i> .....	8
<i>oxcarbazepine</i> .....	23
OXISTAT.....	49
OXSORALEN ULTRA .....	49
<i>oxybutynin chloride</i> .....	38

<i>oxycodone hcl</i> .....	8
OXYCODONE HCL .....	8
<i>oxycodone w/ acetaminophen</i> .....	8
<i>oxycodone w/ aspirin</i> .....	8
OXYCONTIN.....	8
OXYTROL .....	38

## P

PACERONE TAB 100MG.....	19
<i>paclitaxel</i> .....	15
PANCREAZE.....	37
PANRETIN.....	51
<i>pantoprazole sodium</i> .....	37
<i>parenteral electrolytes</i> .....	42
<i>paromomycin sulfate</i> .....	10
<i>paroxetine hcl</i> .....	25
PASER .....	12
PATADAY .....	46
PATANOL.....	46
PEDVAX HIB .....	42
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate</i> .....	36
<i>peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate- sod chloride</i> .....	37
PEGANONE.....	23
PEGASYS.....	41
PEG-INTRON.....	40
PEG-INTRON REDIPEN.....	40
<i>penicillin g potassium</i> .....	10
PENICILLIN G PROCAINE.....	10
<i>penicillin v potassium</i> .....	10
PENNSAID.....	51
PENTASA.....	36
<i>pentostatin</i> .....	14
<i>pentoxifylline</i> .....	40
PERFOROMIST .....	47
<i>perindopril erbumine</i> .....	17
<i>permethrin</i> .....	51
<i>perphenazine</i> .....	26
<i>perphenazine-amitriptyline</i> .....	29
<i>phenelzine sulfate</i> .....	25
<i>phenytoin</i> .....	23
<i>phenytoin inj 50mg/ml</i> .....	23
<i>phenytoin sodium extended</i> .....	23
PHOSLO.....	34
PHOTOFRIN .....	16
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> .....	52
PILOPINE HS.....	46
<i>pindolol</i> .....	20
<i>piperacillin sodium-tazobactam sodium</i> .....	10

<i>piroxicam</i> .....	8
PLASMA-LYTE 56 .....	44
PLASMA-LYTE A .....	44
PLASMA-LYTE-148.....	44
PLASMA-LYTE-148/D5W .....	44
PLASMA-LYTE-56/D5W .....	44
PLAVIX .....	40
<i>podofilox</i> .....	51
<i>polyethylene glycol 3350</i> .....	37
<i>polymyxin b-trimethoprim</i> .....	45
<i>potassium chloride</i> .....	42, 44
POTASSIUM CHLORIDE 0.3%/.....	44
<i>potassium chloride in d5w lactated ringers</i> .....	44
<i>potassium chloride in dextrose</i> .....	44
<i>potassium chloride in dextrose &amp; sodium chloride</i> .....	44
<i>potassium chloride in nacl</i> .....	44
<i>potassium chloride microencapsulated crystals cr</i> .....	42
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....	38
PRADAXA.....	39
<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	25
PRANDIN .....	31
<i>pravastatin sodium</i> .....	19
<i>prazosin hcl</i> .....	18
PRED MILD .....	45
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> .....	45
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP .....	45
<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....	34
<i>prednisone</i> .....	34
PREDNISON INTENSOL .....	34
PREMASOL.....	43
PREVPAC .....	37
PREZISTA .....	11
PRIFTIN.....	12
PRIMAXIN .....	13
<i>primidone</i> .....	23
PRISTIQ.....	25
PROAIR HFA .....	47
<i>probenecid</i> .....	7
PROCALAMINE .....	43
<i>prochlorperazine</i> .....	35
<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	35
<i>prochlorperazine maleate</i> .....	35
PROCRIT .....	39
PROGLYCEM .....	34
PROGRAF .....	41
PROLEUKIN .....	15
PROLIA .....	34
PROMACTA.....	40

<i>promethazine &amp; phenylephrine</i> .....	48
<i>promethazine hcl</i> .....	35, 36
<i>promethazine hcl inj</i> .....	36
PROMETRIUM .....	35
<i>propafenone hcl</i> .....	19
<i>propracaine hcl</i> .....	46
<i>propranolol hcl</i> .....	20
<i>propylthiouracil</i> .....	35
PROQUAD .....	42
PROSOL .....	43
PROTOPIC .....	51
<i>protriptyline hcl</i> .....	25
PROVIGIL.....	29
PULMICORT FLEXHALER .....	48
PULMOZYME .....	48
<i>pyrazinamide</i> .....	12
<i>pyridostigmine bromide</i> .....	28

## Q

QUALAQUIN.....	11
<i>quinapril hcl</i> .....	17
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> .....	17
<i>quinidine gluconate</i> .....	19
<i>quinidine sulfate</i> .....	19
QVAR .....	48

## R

RABAVERT .....	42
<i>ramipril</i> .....	17
RANEXA .....	22
<i>ranitidine hcl</i> .....	36
RAPAMUNE .....	41
REBETOL.....	12
REBIF .....	28
REBIF TITRATION PACK .....	28
RECOMBIVAX HB .....	42
REGONOL .....	28
REGRANEX.....	51
RELENZA DISKHALER.....	12
RELISTOR .....	37
RELPAK .....	28
REMICADE.....	40
REMODULIN.....	22
RENAGEL .....	35
REVELA .....	35
REQUIP XL.....	25
RESCRIPTOR .....	11
RESTASIS .....	46
RETIN-A MICRO .....	49
RETROVIR IV INFUSION.....	11

REVIATIO .....	22
REVLIMID .....	41
REYATAZ .....	11
RHEUMATREX .....	40
RHINOCORT AQUA .....	48
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> .....	12
<i>rifampin</i> .....	12
RILUTEK .....	28
<i>rimantadine hydrochloride</i> .....	12
<i>ringer's</i> .....	44
RISPERDAL CONSTA .....	26
<i>risperidone</i> .....	26, 27
RITALIN LA .....	27
RITUXAN .....	15
<i>rivastigmine tartrate</i> .....	24
ROBAXIN INJ 100MG/ML .....	29
<i>ropinirole hydrochloride</i> .....	25
ROTATEQ .....	42
ROXICET SOL 5-325/5 .....	8

## S

SABRIL .....	23
SANCTURA XR .....	38
SANCUSO .....	36
SANDIMMUNE .....	41
SANDOSTATIN LAR DEPOT .....	34
SANTYL .....	51
SAPHRIS .....	27
SAVELLA .....	28
SAVELLA TITRATION PACK .....	28
<i>selegiline hcl</i> .....	25
<i>selenium sulfide</i> .....	50
SELZENTRY .....	11
SENSIPAR .....	32
SEREVENT DISKUS .....	47
SEROMYCIN .....	12
SEROQUEL .....	27
SEROQUEL XR .....	27
<i>sertraline hcl</i> .....	25
<i>silver sulfadiazine</i> .....	49
SIMCOR .....	19
<i>simvastatin</i> .....	19
SINGULAIR .....	47
<i>sodium chloride</i> .....	42, 44
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> .....	52
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .....	32
SOLARAZE .....	49
SOLU-CORTEF .....	34
SOMATULINE DEPOT .....	34
SOMAVERT .....	34

SORIATANE .....	50
<i>sotalol hcl</i> .....	19
SPIRIVA HANDIHALER .....	46
<i>spironolactone</i> .....	18
<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide</i> .....	21
SPORANOX .....	11
SPRYCEL .....	16
STALEVO 100 .....	25
STALEVO 125 .....	25
STALEVO 150 .....	25
STALEVO 200 .....	25
STALEVO 50 .....	25
STALEVO 75 .....	25
<i>stavudine</i> .....	11
STRATTERA .....	27
<i>streptomycin sulfate</i> .....	10
SUBOXONE SL FILM .....	29
<i>sucralfate</i> .....	37
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .....	49
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> .....	45
<i>sulfacetamide sod-prednisolone</i> .....	44
SULFADIAZINE .....	10
<i>sulfamethoxazole/trimetho</i> .....	13
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv</i> .....	13
<i>sulfasalazine</i> .....	36
<i>sulindac</i> .....	8
<i>sumatriptan succinate</i> .....	28
SUPRAX .....	10
SURMONTIL .....	25
SUSTIVA .....	11
SUTENT .....	16
SYMBICORT .....	48
SYMLIN .....	30
SYMLINPEN 120 .....	30
SYMLINPEN 60 .....	30
SYNAREL .....	33
SYNTHROID .....	35
SYPRINE .....	32

## T

TABLOID .....	14
<i>tacrolimus</i> .....	41
TAMIFLU .....	13
<i>tamoxifen citrate</i> .....	15
<i>tamsulosin hcl</i> .....	38
TARCEVA .....	16
TARGRETIN .....	16, 51
TASIGNA .....	16
TAXOTERE .....	15
TAZORAC .....	50

TEGRETOL XR TAB 100MG .....	23	<i>tretinoin</i> .....	49
TEKAMLO .....	21	TRETINOIN .....	16
TEKTURNA .....	21	<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> .....	52
TEKTURNA HCT .....	21	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> .....	50, 51
<i>terazosin hcl</i> .....	18	<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide</i> .....	22
<i>terbinafine hcl</i> .....	11	TRIBENZOR .....	18
<i>terbutaline sulfate</i> .....	47	TRICOR.....	19
<i>terconazole vaginal</i> .....	38	<i>trifluoperazine hcl</i> .....	27
TESTIM .....	29	<i>trifluridine</i> .....	45
<i>testosterone cypionate</i> .....	30	<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	26
<i>testosterone enanthate</i> .....	30	TRILIPIX.....	20
TETANUS TOXOID ADSORBED.....	42	<i>trimethobenzamide hcl</i> .....	36
TETANUS/DIPHThERIA TOXOID .....	42	<i>trimethoprim</i> .....	13
<i>tetracycline hcl</i> .....	10	TRIPEDIA .....	42
TEVETEN.....	18	TRISENOX.....	16
TEVETEN HCT.....	18	TRIZIVIR .....	12
THALOMID.....	41	TROPHAMINE .....	43
THEO-24.....	48	<i>tropium chloride</i> .....	38
<i>theophylline</i> .....	48	TRUVADA.....	12
<i>thioridazine hcl</i> .....	27	TWINRIX .....	42
<i>thiothixene</i> .....	27	TYGACIL.....	13
TIKOSYN .....	19	TYKERB.....	16
<i>timolol maleate (ophth)</i> .....	46	TYPHIM VI.....	42
<i>tizanidine hcl</i> .....	29	TYZEKA.....	13
TOBI.....	48		
TOBRADEX .....	44	<b>U</b>	
<i>tobramycin sulfate</i> .....	10	ULORIC.....	7
<i>tobramycin sulfate (ophth)</i> .....	45	UROXATRAL.....	38
<i>tobramycin-dexamethasone</i> .....	44	<i>ursodiol</i> .....	37
TOBEX OINT 0.3% .....	45		
<i>tolmetin sodium</i> .....	8	<b>V</b>	
<i>topiramate</i> .....	23	VAGIFEM .....	33
<i>topotecan hcl</i> .....	17	<i>valacyclovir hcl</i> .....	13
<i>torse mide</i> .....	22	VALCYTE.....	13
TORSEMIDE .....	22	<i>valproate sodium</i> .....	23
TOVIAZ.....	38	<i>valproic acid</i> .....	23
TRACLEER .....	22	VALTURNA.....	21
<i>tramadol hcl tab 50 mg</i> .....	8	VALTURNA TAB 150-160 .....	21
<i>tramadol-acetaminophen</i> .....	8	VANCOCIN HCL .....	13
<i>trandolapril</i> .....	17	<i>vancomycin hcl</i> .....	14
TRANSDERM-SCOP.....	36	VANDETANIB .....	16
<i>tranlycypromine sulfate</i> .....	25	VAQTA.....	42
TRAVASOL.....	43	VARIVAX .....	42
TRAVATAN Z .....	46	VELCADE.....	15
<i>trazodone hcl</i> .....	25	<i>venlafaxine hcl</i> .....	25
TREANDA.....	14	<i>verapamil hcl</i> .....	21
TRECTOR.....	12	VESICARE.....	38
TRELSTAR DEPOT MIXJECT.....	16	VFEND IV .....	11
TRELSTAR LA MIXJECT .....	16	VFEND SUS 40MG/ML .....	11
TRELSTAR MIXJECT.....	16	VICTOZA.....	30

VICTRELIS .....	13
VIDAZA.....	15
VIDEX .....	12
VIGAMOX.....	45
VIIBRYD .....	25
VIMOVO .....	8
VIMPAT.....	23
VINBLASTINE SULFATE.....	15
<i>vincristine sulfate</i> .....	15
<i>vinorelbine tartrate</i> .....	15
VIRACEPT .....	12
VIRAMUNE .....	12
VIRAMUNE XR.....	12
VIREAD.....	12
VISICOL .....	37
VIVELLE-DOT .....	33
VOLTAREN GEL 1% .....	51
<i>voriconazole</i> .....	11
VOTRIENT.....	16
VPRIV .....	33
VYTORIN.....	20

**W**

<i>warfarin sodium</i> .....	39
WELCHOL .....	20

**X**

XENAZINE.....	28
XIFAXAN TAB 550MG .....	37
XOLAIR.....	48
XOPENEX .....	47
XYREM .....	29

**Y**

YF-VAX .....	42
--------------	----

**Z**

<i>zafirlukast</i> .....	47
<i>zaleplon</i> .....	27
ZAVESCA .....	33
ZEMPLAR.....	44
ZENPEP .....	37
ZETIA .....	20
ZIAGEN.....	12
<i>zidovudine</i> .....	12
ZOLINZA .....	15
<i>zolpidem tartrate</i> .....	27
ZOMETA.....	32
ZOMIG .....	28
ZOMIG ZMT .....	28
ZONALON .....	49
<i>zonisamide</i> .....	23
ZORTRESS.....	41
ZOSTAVAX.....	42
<i>zovia</i> .....	32
ZOVIRAX.....	50
ZYCLARA.....	51
ZYMAR .....	45
ZYMAXID.....	45
ZYPREXA .....	27
ZYPREXA ZYDIS .....	27
ZYTIGA.....	16
ZYVOX.....	14