



2023 Formulary/Formulario

(List of Covered Drugs/Lista de Medicamentos Cubiertos)

PBP	Plan Name/Nombre del Plan
059	Freedom Medicare Plan Rx (HMO)
060	Freedom Medicare Plan Rx (HMO)
077	Freedom VIP Savings COPD (HMO C-SNP)
083	Freedom VIP Savings COPD (HMO C-SNP)
088	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)
089	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)
091	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)
092	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)
093	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)
094	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)
098	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)
104	Freedom Platinum Plus Plan Rx (HMO)
109	Freedom Platinum Plus Plan Rx (HMO)
110	Freedom Platinum Plus Plan Rx (HMO)
111	Freedom Platinum Plus Plan Rx (HMO)

**PLEASE READ: THIS DOCUMENT CONTAINS INFORMATION
ABOUT THE DRUGS WE COVER IN THIS PLAN**

**LEA ATENTAMENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN**

HPMS Approved Formulary File Submission ID23150, Version 8

Presentación de Archivo de Formulario

Aprobado por HPMS ID23150, Versión 8

This formulary was updated on 10/05/2022. For more recent information or other questions, please contact Freedom Health Member Services at 1-800-401-2740 or, for TTY users 711. From October 1 to March 31, we are open 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. EST. From April 1 to September 30, we are open Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. EST, or visit www.freedomhealth.com.

Este formulario fue actualizado el 10/05/2022. Para información más reciente u otras dudas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Freedom Health al 1-800-401-2740 o 711 para los usuarios de TTY. Del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, estamos abiertos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. EST. Del 1 de abril hasta el 30 de septiembre, estamos abiertos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. EST, o visite www.freedomhealth.com.

Freedom Health, Inc.
2023 Comprehensive Formulary
(List of Covered Drugs)

**PLEASE READ: THIS DOCUMENT CONTAINS INFORMATION
ABOUT THE DRUGS WE COVER IN THIS PLAN**

HPMS Approved Formulary File Submission ID23150, Version 8

This formulary was updated on 10/05/2022. For more recent information or other questions, please contact Freedom Health, Inc. Customer/Member Service at 1-800-401-2740 (TTY users should call 711). From October 1 to March 31, we are open 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. EST. From April 1 to September 30, we are open Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. EST, or visit www.freedomhealth.com.

o **Important Message About What You Pay for Vaccines** - Our plan covers most Part D vaccines at no cost to you. Call Member Services for more information.

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

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

When this drug list (formulary) refers to “we,” “us,” or “our,” it means Freedom Health, Inc. When it refers to “plan” or “our plan,” it means Freedom Health, Inc. This document includes a list of the drugs (formulary) for our plan which is current as of 10/05/2022. For an updated formulary, please contact us. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

You must generally use network pharmacies to use your prescription drug benefit. Benefits, formulary, pharmacy network, and/or copayments/coinsurance may change on January 1, 2023, and from time to time during the year.

What is the Freedom Health, Inc. Comprehensive Formulary?

A formulary is a list of covered drugs selected by Freedom Health, Inc. in consultation with a team of health care providers, which represents the prescription therapies believed to be a necessary part of a quality treatment program. Freedom Health, Inc. will generally cover the drugs listed in our formulary as long as the drug is medically necessary, the prescription is filled at a Freedom Health, Inc. network pharmacy, and other plan rules are followed. For more information on how to fill your prescriptions, please review your Evidence of Coverage.

Can the Formulary (drug list) change?

Most changes in drug coverage happen on January 1, but we may add or remove drugs on the Drug List during the year, move them to different cost-sharing tiers, or add new restrictions. We must follow the Medicare rules in making these changes.

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

- **New generic drugs.** We may immediately remove a brand-name drug on our Drug List if we are replacing it with a new generic drug that will appear on the same or lower cost-sharing tier and with the same or fewer restrictions. Also, when adding the new generic drug, we may decide to keep the brand-name drug on our Drug List, but immediately move it to a different cost-sharing tier or add new restrictions. If you are currently taking that brand-name drug, we may not tell you in advance before we make that change, but we will later provide you with information about the specific change(s) we have made.
 - If we make such a change, you or your prescriber can ask us to make an exception and continue to cover the brand-name drug for you. The notice we provide you will also include information on how to request an exception, and you can find information in the section below titled “How do I request an exception to the Freedom Health, Inc. Formulary?”
- **Drugs removed from the market.** If the Food and Drug Administration deems a drug on our formulary to be unsafe or the drug’s manufacturer removes the drug from the market, we will immediately remove the drug from our formulary and provide notice to members who take the drug.

- **Other changes.** We may make other changes that affect members currently taking a drug. For instance, we may add a generic drug that is not new to market to replace a brand-name drug currently on the formulary, or add new restrictions to the brand-name drug or move it to a different cost-sharing tier or both. Or we may make changes based on new clinical guidelines. If we remove drugs from our formulary, or add prior authorization, quantity limits and/or step therapy restrictions on a drug or move a drug to a higher cost-sharing tier, we must notify affected members of the change at least 30 days before the change becomes effective, or at the time the member requests a refill of the drug, at which time the member will receive a *one month* 30-day supply of the drug.
 - If we make these other changes, you or your prescriber can ask us to make an exception and continue to cover the brand-name drug for you. The notice we provide you will also include information on how to request an exception, and you can also find information in the section below entitled “How do I request an exception to the Freedom Health, Inc.’s Formulary?”

Changes that will not affect you if you are currently taking the drug. Generally, if you are taking a drug on our 2023 formulary that was covered at the beginning of the year, we will not discontinue or reduce coverage of the drug during the 2023 coverage year except as described above. This means these drugs will remain available at the same cost-sharing and with no new restrictions for those members taking them for the remainder of the coverage year. You will not get direct notice this year about changes that do not affect you. However, on January 1 of the next year, such changes would affect you, and it is important to check the Drug List for the new benefit year for any changes to drugs.

The enclosed formulary is current as of 10/05/2022. To get updated information about the drugs covered by Freedom Health, Inc., please contact us. Our contact information appears on the front and back cover pages. In *the event of mid-year non-maintenance formulary changes*, members may be notified by formulary changes posted on our website at www.freedomhealth.com or through written communication such as your monthly Explanation of Benefits (EOB).

How do I use the Formulary?

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

Medical Condition

The formulary begins on page 3. The drugs in this formulary are grouped into categories depending on the type of medical conditions that they are used to treat. For example, drugs used to treat a heart condition are listed under the category, “Cardiovascular Agents”. If you know what your drug is used for, look for the category name in the list that begins on page 1. Then look under the category name for your drug.

Alphabetical Listing

If you are not sure what category to look under, you should look for your drug in the Index that begins on page 72. The Index provides an alphabetical list of all of the drugs included in this document. Both brand-name drugs and generic drugs are listed in the Index. Look in the Index and find your drug. Next to your drug, you will see the page number where you can find coverage information. Turn to the page listed in the Index and find the name of your drug in the first column of the list.

What are generic drugs?

Freedom Health, Inc. covers both brand-name drugs and generic drugs. A generic drug is approved by the FDA as having the same active ingredient as the brand-name drug. Generally, generic drugs cost less than brand-name drugs.

Are there any restrictions on my coverage?

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

- **Prior Authorization:** Freedom Health, Inc. requires you or your physician to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval from Freedom Health, Inc. before you fill your prescriptions. If you don't get approval, Freedom Health, Inc. may not cover the drug.
- **Quantity Limits:** For certain drugs, Freedom Health, Inc. limits the amount of the drug that Freedom Health, Inc. will cover. For example, Freedom Health, Inc. provides 4 tablets per prescription for alendronate. This may be in addition to a standard one-month or three-month supply.
- **Step Therapy:** In some cases, Freedom Health, Inc. requires you to first try certain drugs to treat your medical condition before we will cover another drug for that condition. For example, if Drug A and Drug B both treat your medical condition, Freedom Health, Inc. may not cover Drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, Freedom Health, Inc. will then cover Drug B.

You can find out if your drug has any additional requirements or limits by looking in the formulary that begins on page 3. You can also get more information about the restrictions applied to specific covered drugs by visiting our website. We have posted online documents that explain our prior authorization and step therapy restrictions. You may also ask us to send you a copy. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

You can ask Freedom Health, Inc. to make an exception to these restrictions or limits or for a list of other, similar drugs that may treat your health condition. See the section, "How do I request an exception to the Freedom Health, Inc.'s formulary?" on page VI for information about how to request an exception.

What are over-the-counter (OTC) drugs?

OTC drugs are non-prescription drugs that are not normally covered by a Medicare Prescription Drug Plan. Freedom Health, Inc. pays for certain OTC drugs. Freedom Health, Inc. will provide these OTC drugs at no cost to you. The cost to Freedom Health, Inc. of these OTC drugs will not count toward your total Part D drug costs (that is, the cost of the OTC drugs does not count for the coverage gap).

OTC Drug Name	Drug Tier	Requirements/ Limits
Gastrointestinal Agents		
<i>Proton Pump Inhibitors</i>		
<i>lansoprazole 15mg tab dr disp</i>	2	GC
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	1	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	1	GC
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>	1	GC
<i>omeprazole oral tablet delayed release 20 mg</i>	1	GC
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>Antihistamines</i>		
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	1	GC
<i>cetirizine hcl oral tablet 10 mg</i>	1	GC
<i>cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg</i>	1	GC
<i>cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12-hour 5-120 mg</i>	1	GC
<i>children's loratadine oral syrup 5 mg/5ml</i>	1	GC
<i>fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	1	GC
<i>fexofenadine-pseudoephed er oral tablet extended release 12-hour 60-120 mg</i>	1	GC
<i>fexofenadine-pseudoephed er oral tablet extended release 24-hour 180-240 mg</i>	1	GC
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	1	GC
<i>loratadine oral tablet 10 mg</i>	1	GC
<i>loratadine-D 12-hour oral tablet extended release 5-120 mg</i>	1	GC
<i>loratadine-D 24-hour oral tablet extended release 10-240 mg</i>	1	GC

What if my drug is not on the Formulary?

If your drug is not included in this formulary (list of covered drugs), you should first contact Member Services and ask if your drug is covered.

If you learn that Freedom Health, Inc. does not cover your drug, you have two options:

- You can ask Member Services for a list of similar drugs that are covered by Freedom Health, Inc. When you receive the list, show it to your doctor and ask him or her to prescribe a similar drug that is covered by Freedom Health, Inc.
- You can ask Freedom Health, Inc. to make an exception and cover your drug. See below for information about how to request an exception.

How do I request an exception to the Freedom Health, Inc. Formulary?

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

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

Generally, Freedom Health, Inc. will only approve your request for an exception if the alternative drugs included on the plan's formulary, the lower cost-sharing drug, or additional utilization restrictions would not be as effective in treating your condition and/or would cause you to have adverse medical effects.

You should contact us to ask us for an initial coverage decision for a formulary, tier, or utilization restriction exception. **When you request a formulary, tier, or utilization restriction exception you should submit a statement from your prescriber or physician supporting your request.** Generally, we must make our decision within 72 hours of getting your prescriber's supporting statement. You can request an expedited (fast) exception if you or your doctor believe that your health could be seriously harmed by waiting up to 72 hours for a decision. If your request to expedite is granted, we must give you a decision no later than 24 hours after we get a supporting statement from your doctor or other prescriber.

What do I do before I can talk to my doctor about changing my drugs or requesting an exception?

As a new or continuing member in our plan you may be taking drugs that are not on our formulary. Or, you may be taking a drug that is on our formulary but your ability to get it is limited. For example, you may need a prior authorization from us before you can fill your prescription. You should talk to your doctor to decide if you should switch to an appropriate drug that we cover or request a formulary exception so that we will cover the drug you take. While you talk to your doctor to determine the right course of action for you, we may cover your drug in certain cases during the first 90 days you are a member of our plan.

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

If you are a resident of a long-term care facility and you need a drug that is not on our formulary or if your ability to get your drugs is limited, but you are past the first 90 days of membership in our plan, we will cover a 34-day emergency supply of that drug while you pursue a formulary exception.

For current members who experience level of care changes, transition supplies will be provided. The pharmacy can contact the Pharmacy Help Desk to request a transition supply. This will allow the provider, pharmacy, and beneficiary time to contact the plan for an exception or appeal. Based on the medical condition of the member, if a level of care change occurs from LTC to home, then a temporary transition of a cumulative 30-day supply will be provided. If a level of care change occurs from home to LTC, then a temporary transition of a cumulative 34-day supply will be provided. Increases in dosing will not be limited by a "refill too soon" edit as the member moves from one level of care to another.

For more information

For more detailed information about your Freedom Health, Inc prescription drug coverage, please review your Evidence of Coverage and other plan materials.

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

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

Freedom Health, Inc.'s Formulary

The formulary that begins on page 3 provides coverage information about the drugs covered by Freedom Health, Inc. If you have trouble finding your drug in the list, turn to the Index that begins on page 72.

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

The information in the Requirements/Limits column tells you if Freedom Health, Inc. special requirements for coverage of your drug.

Drug Tier

Tier 1 = Preferred Generic

Tier 2 = Preferred Brand

Tier 3 = Non-Preferred Drug

Tier 4 = Specialty Tier

Most of the drugs on our formulary are also available by mail order. If you have questions about mail orders, please contact Member Service. Our contact information appears on the front and back cover pages.

The Drug Table below includes a column titled, “Drug Tier.” This column indicates what tier each drug is listed under. The following copayments/coinsurances are associated with the corresponding tiers if you receive the drugs at an in-network pharmacy. These copayments/coinsurances apply during the initial coverage phase. If you receive “Extra Help” refer to your Evidence of Coverage or LIS rider for details about your benefits during the coverage gap and catastrophic coverage.

HPMS Approved Formulary File Submission ID23150				
PBP	Retail Pharmacy for a 30-day supply in Tier 1	Retail Pharmacy for a 30-day supply in Tier 2	Retail Pharmacy for a 30-day supply in Tier 3	Retail Pharmacy for a 30-day supply in Tier 4
059	\$0	\$35	\$85	33%
060	\$0	\$35	\$85	33%
077	\$0	\$20	\$60	33%
083	\$0	\$30	\$80	33%
088	\$0	\$30	\$75	33%
089	\$0	\$25	\$65	33%
091	\$0	\$25	\$70	33%
092	\$0	\$10	\$55	33%
093	\$0	\$30	\$70	33%
094	\$0	\$25	\$70	33%
098	\$0	\$30	\$70	33%
104	\$0	\$20	\$60	33%
109	\$0	\$25	\$70	33%
110	\$0	\$20	\$60	33%
111	\$0	\$25	\$65	33%

PBP	Mail-Order Pharmacy for a 90-day supply (up to 100-day supply for some medications) in Tier 1	Mail-Order Pharmacy for a 90-day supply in Tier 2	Mail-Order Pharmacy for a 90-day supply in Tier 3	Mail-Order Pharmacy Tier 4
059	\$0	\$70	\$170	Mail Order Supply Not Available
060	\$0	\$70	\$170	Mail Order Supply Not Available
077	\$0	\$40	\$120	Mail Order Supply Not Available
083	\$0	\$60	\$160	Mail Order Supply Not Available
088	\$0	\$60	\$150	Mail Order Supply Not Available
089	\$0	\$50	\$130	Mail Order Supply Not Available
091	\$0	\$50	\$140	Mail Order Supply Not Available
092	\$0	\$20	\$110	Mail Order Supply Not Available
093	\$0	\$60	\$140	Mail Order Supply Not Available
094	\$0	\$50	\$140	Mail Order Supply Not Available
098	\$0	\$60	\$140	Mail Order Supply Not Available
104	\$0	\$40	\$120	Mail Order Supply Not Available
109	\$0	\$50	\$140	Mail Order Supply Not Available
110	\$0	\$40	\$120	Mail Order Supply Not Available
111	\$0	\$50	\$130	Mail Order Supply Not Available

ED: Excluded Drug. This prescription drug is not normally covered in a Medicare Prescription Drug Plan. The amount you pay when you fill a prescription for this drug does not count towards your total drug costs (that is, the amount you pay does not help you qualify for catastrophic coverage). In addition, if you are receiving extra help to pay for your prescriptions, you will not get any extra help to pay for this drug. These drugs may not be covered after you reach the Coverage Gap.

LA: Limited Access. This prescription may be available only at certain pharmacies. For more information consult your Pharmacy Directory or call Customer/Member Service at 1-800-401-2740. (TTY users should call 711). From October 1 to March 31, we are open 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. EST. From April 1 to September 30, we are open Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. EST, or visit www.freedomhealth.com.

GC: Gap Coverage. We provide additional coverage of this prescription drug in the coverage gap. Please refer to our Evidence of Coverage for more information about this coverage.

QL: Quantity Limit. For *certain drugs*, Freedom Health, Inc. limits *the amount of* the drug that Freedom Health, Inc. will cover. For example, Freedom Health, Inc. provides 4 tablets per prescription for alendronate. This may be in addition to a standard one-month or three-month supply. Also, some drugs are limited to a specified amount “over time”, which means that Freedom Health, Inc. will cover the total quantity listed over a specific time (days).

PA: Prior Authorization. Freedom Health, Inc. requires you or your physician to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval from Freedom Health, Inc. before you fill your prescriptions. If you don't get approval, Freedom Health, Inc. may not cover the drug.

ST: Step Therapy. In some cases, Freedom Health, Inc. requires you to first try certain drugs to treat your medical condition before we will cover another drug for that condition. For example, if Drug A and Drug B both treat your medical condition, Freedom Health, Inc. may not cover drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, Freedom Health, Inc. will then cover Drug B.

B/D PA: Prior Authorization for Part B versus Part D. Freedom Health, Inc. requires authorization to determine whether certain drugs are covered by Medicare Part B or Medicare Part D.

NM: Not Mail Order. These are drugs that are not available through mail order.

NEDS: Non-Extended Days' Supply. These are drugs that cannot be obtained for an extended number of days' supply. These can only be filled up to a maximum of 30 days' supply.

OTC: These drugs are covered under your Medicare Prescription Drug Plan with a prescription, and they are also available over-the-counter for purchase without a prescription.

Freedom Health, Inc.

Formulario Completo 2023

(Lista de Medicamentos Cubiertos)

**LEA ATENTAMENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN**

Formulario Submitido — Aprobado por HPMS ID23150, Versión 8

Este formulario se actualizó el 10/05/2022. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio a Miembros o el Servicio de Atención al Cliente de Freedom Health, Inc. al 1-800-401-2740 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, estamos abiertos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., EST. Del 1 de abril hasta el 30 de septiembre, estamos abiertos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., EST, o bien visite www.freedomhealth.com.

o **Mensaje importante acerca del pago de las vacunas** - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

o **Mensaje importante acerca del pago de la insulina** - Usted no pagará más de \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar a qué nivel de costos compartidos pertenezca.

Importante para los miembros existentes: Este formulario se ha modificado desde el año pasado. Consulte este documento para asegurarse de que aún contenga los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Freedom Health, Inc. Cuando se hace referencia a “plan” o “nuestro plan”, significa Freedom Health, Inc. Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) para nuestro plan, que está vigente a partir de 10/05/2022. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, figura en la tapa y contratapa.

Para poder utilizar su beneficio para medicamentos recetados, por lo general, debe recurrir a farmacias de la red. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar a partir del 1° de enero de 2023, y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario Completo de Freedom Health, Inc.?

Un formulario es una lista de medicamentos seleccionados por Freedom Health Inc. en consulta con un equipo de proveedores de atención de la salud, que representa las terapias recetadas consideradas como una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Freedom Health, Inc. generalmente cubrirá los medicamentos enumerados en nuestro formulario siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta sea dispensada en una farmacia de la red Freedom Health, Inc. y se cumplan otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo dispensar sus recetas, consulte su Evidencia de Cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos en la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare en la realización de estos cambios.

Cambios que pueden afectarlo este año: En los casos que se detallan a continuación, usted severá afectado por el cambio en la cobertura durante este año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de participación en los costos o menor y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, pero luego le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
 - Si realizamos dicho cambio, usted o quien prescribe pueden solicitarnos que hagamos una excepción y seguimos cubriendo el medicamento de marca por usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción, y puede encontrar información en la siguiente sección titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Freedom Health, Inc.?"

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por siglos en inglés) considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, inmediatamente lo eliminaremos de nuestro formulario y notificaremos a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos realizar otros cambios que afecten a los miembros que estén tomando un medicamento actualmente. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que se encuentra actualmente en el formulario, o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel distinto de costo compartido, o ambos. O podemos hacer cambios según las nuevas directrices clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, o agregamos una autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada de un medicamento o cambiamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados el cambio al menos, 30 días antes de que el cambio entre en vigencia o en el momento en que el miembro solicita un reabastecimiento del medicamento, en ese momento el miembro recibirá un suministro de un mes para 30 días del medicamento.
 - Si hacemos estos otros cambios, usted o el emisor de recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos con la cobertura del medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y también puede encontrar información en la sección que se encuentra a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de Freedom Health, Inc.?"

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Generalmente, si toma un medicamento de nuestro formulario del 2023 que estaba cubierto a principios de año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura del 2023, excepto según lo que se describió anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles al mismo costo compartido y sin restricciones nuevas para aquellos miembros que los tomen por el resto del año de cobertura. Este año, no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, estos cambios podrían afectarlo, y es importante revisar la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para conocer cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario que se adjunta está vigente desde el 5 de octubre de 2022. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos que cubre Freedom Health, Inc., comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto figura en la tapa y contratapa. En el caso de cambios a mediados de año en un formulario que no sea de mantenimiento, los miembros pueden ser notificados por medio de cambios en el formulario publicados en nuestro sitio web en www.freedomhealth.com o a través de una comunicación escrita, como la Explicación de beneficios (EOB) mensual.

¿Cómo utilizo el formulario?

Existen dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 3. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías según el tipo de condiciones médicas para las que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos para tratar una condición cardíaca están enumerados en la categoría “Agentes Cardiovasculares”. Si usted sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 1. Luego busque su medicamento bajo el nombre de la categoría correspondiente.

Lista en orden alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 72. El Índice brinda una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos se enumeran en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento verá el número de página en la que puede encontrar información de cobertura. Vaya a la página que se enumera en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Freedom Health, Inc. cubre medicamentos de marca y genéricos. Un medicamento genérico es aquel aprobado por la FDA porque tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Existen restricciones para mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Freedom Health, Inc. requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesita obtener aprobación de Freedom Health, Inc. antes de poder dispensar su receta. Si no obtiene la aprobación, Freedom Health, Inc. podría no cubrir el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Freedom Health, Inc. limita la cantidad del medicamento que Freedom Health, Inc. cubrirá. Por ejemplo, Freedom Health, Inc. proporciona 4 tabletas por receta de alendronato. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de un mes o de tres meses.
- **Terapia Escalonada:** En algunos casos, Freedom Health, Inc. requiere que usted pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si ambos medicamentos A y B tratan su condición médica, Freedom Health, Inc. puede no cubrir el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, Freedom Health, Inc. cubrirá el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando el formulario que comienza en la página 3. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos específicos cubiertos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, figura en la tapa y contratapa.

Puede solicitar a Freedom Health, Inc. una excepción a estas restricciones o límites, o solicitar una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición médica. Vea la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Freedom Health, Inc.?” en la página XVII para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC)?

Los medicamentos de venta libre (OTC) son medicamentos que normalmente no están cubiertos por un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Freedom Health, Inc. paga por ciertos medicamentos OTC. Freedom Health, Inc. le proporcionará estos medicamentos OTC sin costo para usted. El costo para Freedom Health, Inc. de estos medicamentos OTC no se tendrá en cuenta para calcular los costos totales por medicamentos de la Parte D (es decir, el costo de los medicamentos OTC no cuenta para la brecha de cobertura).

Nombre del Medicamento	Categoría de Medicamento	Requisitos/ Limitaciones
Agentes Gastrointestinales		
<i>Inhibidores de la Bomba de Protones</i>		
<i>lansoprazole 15mg tab dr disp</i>	2	GC
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	1	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	1	GC
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>	1	GC
<i>omeprazole oral tablet delayed release 20 mg</i>	1	GC
Tracto Respiratorio/Agentes Pulmonares		
<i>Antihistamínicos</i>		
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	1	GC
<i>cetirizine hcl oral tablet 10 mg</i>	1	GC
<i>cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg</i>	1	GC
<i>cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12-hour 5-120 mg</i>	1	GC
<i>children's loratadine oral syrup 5 mg/5ml</i>	1	GC
<i>fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	1	GC
<i>fexofenadine-pseudoephed er oral tablet extended release 12-hour 60-120 mg</i>	1	GC
<i>fexofenadine-pseudoephed er oral tablet extended release 24-hour 180-240 mg</i>	1	GC
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	1	GC
<i>loratadine oral tablet 10 mg</i>	1	GC
<i>loratadine-D 12-hour oral tablet extended release 5-120 mg</i>	1	GC
<i>loratadine-D 24-hour oral tablet extended release 10-240 mg</i>	1	GC

¿Qué sucede si mi medicamento no se encuentra en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicio a Miembros y consultar si su medicamento está cubierto.

Si Freedom Health, Inc. no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede pedir a Servicio a Miembros una lista de medicamentos similares que están cubiertos por Freedom Health, Inc. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Freedom Health, Inc.
- Puede solicitar que Freedom Health, Inc. haga una excepción y cubra el medicamento. Consulte lo que se describe a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de Freedom Health, Inc.?

Puede solicitar que Freedom Health, Inc. haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento aunque no esté en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de distribución de costos predeterminado, y usted no podrá solicitarnos que le suministremos dicho medicamento a un nivel de distribución de costos menor.
- Puede solicitar que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de distribución de costos menor, a menos que dicho medicamento se encuentre dentro de los medicamentos especializados. Si se aprueba, esto disminuiría la cantidad que debe pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que eximamos las restricciones o límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Freedom Health, Inc. limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitar que eximamos el límite y que cubramos más.

Por lo general, Freedom Health, Inc. aprobará su solicitud de una excepción únicamente si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor nivel de distribución de costos o las restricciones de utilización adicional no son favorables para tratar su condición y/o harán que padezca efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para obtener una excepción al formulario, nivel o restricción de utilización. **Al solicitar una excepción al formulario, nivel o restricción de utilización, deberá enviar una declaración de su emisor de recetas o médico justificando su solicitud.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas después de obtener la declaración en la que su emisor de recetas realiza la justificación. Puede solicitar una excepción expeditiva (rápida) si usted o su médico creen que su salud corre un riesgo grave al esperar hasta 72 horas por una decisión. Si se le otorga la solicitud de agilización, debemos darle una respuesta dentro de las 24 horas luego de recibir la declaración justificativa del médico o de otro emisor de recetas.

¿Qué hago antes de hablar con mi médico sobre cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o miembro que continúa en nuestro plan, podría estar tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O podría estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, puede necesitar una autorización previa de nuestra parte antes de poder dispensar su receta. Deberá hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento adecuado que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que está tomando. Mientras consulta con su médico el curso de acción acorde para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días en los que usted es miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta se escribe para menos días, permitiremos que los resurtidos proporcionen hasta un suministro máximo de 30 días de medicamentos. Después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan en menos de 90 días.

Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, le cubriremos un suministro de emergencia de 34 días de ese medicamento mientras persigue una excepción al formulario.

Los miembros actuales que experimenten cambios en el nivel de atención recibirán suministros de transición. La farmacia puede comunicarse con la Mesa de Ayuda para Farmacias a fin de solicitar un suministro de transición. Esto dará al proveedor, a la farmacia y al beneficiario tiempo para comunicarse con el plan para solicitar una excepción o realizar una apelación. Según la condición médica del miembro, si ocurre un cambio en el nivel de atención desde el LTC (Cuidado a largo plazo) hasta la casa, entonces se brindará un suministro acumulativo de 30 días de transición temporal. Si ocurre un cambio en el nivel de atención desde la casa hasta el LTC, entonces se brindará un suministro acumulativo de 34 días de transición temporal. Una revisión con una calificación de “recambio demasiado pronto” no limitará los aumentos de dosis a medida que el miembro pasa de un nivel de atención a otro.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de Freedom Health, Inc. consulte su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta acerca de Freedom Health, Inc., comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, figura en la tapa y contratapa.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite www.medicare.gov.

Formulario de Freedom Health, Inc.

El formulario completo que comienza en la página 3 le brinda información de cobertura acerca de los medicamentos cubiertos por Freedom Health, Inc. Si tiene problemas para encontrar sumedicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 72.

La primera columna del cuadro enumera el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (p. ej., JANUVIA) y los medicamentos genéricos en letra minúscula y cursiva (p. ej., *lisinopril*).

La información en la columna Requisitos/Límites le indica si Freedom Health, Inc. tiene algunos requisitos especiales para la cobertura de su medicamento.

Nivel del Medicamento

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos

Nivel 2 = Medicamentos de Marca Preferidos

Nivel 3 = Medicamentos No Preferidos

Nivel 4 = Medicamentos Especializados

La mayoría de los medicamentos incluidos en nuestro formulario también están disponibles en pedidos por correo. Si tiene preguntas acerca de los pedidos por correo, comuníquese con Servicio a Miembros. Nuestra información de contacto figura en la tapa y contratapa.

La siguiente Tabla de Medicamentos incluye una columna titulada “Nivel de Medicamentos”. Esta columna indica bajo qué nivel está enumerado cada medicamento. Los siguientes copagos/coseguros se asocian con los niveles correspondientes si recibe los medicamentos en una farmacia de la red. Estos copagos/coseguros se aplican durante la fase inicial de cobertura. Si recibe "Ayuda Adicional" (Extra Help), consulte su Evidencia de Cobertura o el Anexo LIS para obtener más información acerca de sus beneficios durante la etapa sin cobertura y la cobertura catastrófica.

Presentación del Archivo del Formulario Aprobado por el HPMS ID23150				
PBP	Farmacia Minorista para un suministro de 30 días en el Nivel 1	Farmacia Minorista para un suministro de 30 días en el Nivel 2	Farmacia Minorista para un suministro de 30 días en el Nivel 3	Farmacia Minorista para un suministro de 30 días en el Nivel 4
059	\$0	\$35	\$85	33%
060	\$0	\$35	\$85	33%
077	\$0	\$20	\$60	33%
083	\$0	\$30	\$80	33%
088	\$0	\$30	\$75	33%
089	\$0	\$25	\$65	33%
091	\$0	\$25	\$70	33%
092	\$0	\$10	\$55	33%
093	\$0	\$30	\$70	33%
094	\$0	\$25	\$70	33%
098	\$0	\$30	\$70	33%
104	\$0	\$20	\$60	33%
109	\$0	\$25	\$70	33%
110	\$0	\$20	\$60	33%
111	\$0	\$25	\$65	33%
PBP	Farmacia de Pedido por Correo para un suministro de 90 días (máximo un suministro de 100 días para algunos medicamentos) en el Nivel 1	Farmacia de Pedido por Correo para un suministro de 90 días en el Nivel 2	Farmacia de Pedido por Correo para un suministro de 90 días en el Nivel 3	Farmacia de Pedido por Correo para el Nivel 4
059	\$0	\$70	\$170	Suministro de pedidos por correo no disponible
060	\$0	\$70	\$170	Suministro de pedidos por correo no disponible
077	\$0	\$40	\$120	Suministro de pedidos por correo no disponible
083	\$0	\$60	\$160	Suministro de pedidos por correo no disponible
088	\$0	\$60	\$150	Suministro de pedidos por correo no disponible
089	\$0	\$50	\$130	Suministro de pedidos por correo no disponible

PBP	Farmacia de Pedido por Correo para un suministro de 90 días (máximo un suministro de 100 días para algunos medicamentos) en el Nivel 1	Farmacia de Pedido por Correo para un suministro de 90 días en el Nivel 2	Farmacia de Pedido por Correo para un suministro de 90 días en el Nivel 3	Farmacia de Pedido por Correo para el Nivel 4
091	\$0	\$50	\$140	Suministro de pedidos por correo no disponible
092	\$0	\$20	\$110	Suministro de pedidos por correo no disponible
093	\$0	\$60	\$140	Suministro de pedidos por correo no disponible
094	\$0	\$50	\$140	Suministro de pedidos por correo no disponible
098	\$0	\$60	\$140	Suministro de pedidos por correo no disponible
104	\$0	\$40	\$120	Suministro de pedidos por correo no disponible
109	\$0	\$50	\$140	Suministro de pedidos por correo no disponible
110	\$0	\$40	\$120	Suministro de pedidos por correo no disponible
111	\$0	\$50	\$130	Suministro de pedidos por correo no disponible

ED: Medicamento Excluido (Excluded Drug). Este medicamento recetado generalmente no está cubierto por un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. El monto que usted paga cuando le dispensan una receta de este medicamento no cuenta entre los costos de medicamentos totales (es decir, el monto que paga no lo ayuda a reunir los requisitos para la cobertura catastrófica). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus recetas, no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento. Estos medicamentos pueden no estar cubiertos después de alcanzar la Etapa sin Cobertura.

LA: Acceso Limitado (Limited Access). Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para mayor información, consulte su Directorio de Farmacias o comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente o el Servicio a Miembros de Freedom Health, Inc. al 1-800-401-2740 o, para los usuarios de TTY, al 711. Del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, estamos abiertos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., EST. Del 1 de abril hasta el 30 de septiembre, estamos abiertos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., EST, o bien visite www.freedomhealth.com.

GC: Etapa sin Cobertura (Gap Coverage). Brindamos cobertura adicional de este medicamento recetado en la etapa sin cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

QL: Límite de Cantidad (Quantity Limit). Para *ciertos medicamentos*, Freedom Health, Inc. limita *la cantidad del* medicamento que Freedom Health, Inc. cubrirá. Por ejemplo, Freedom Health, Inc. proporciona 4 tabletas por receta de alendronato. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de un mes o de tres meses. También, algunos medicamentos se limitan a un monto especificado “durante el tiempo”, lo que significa que Freedom Health, Inc. cubrirá la cantidad total indicada en un tiempo específico (días).

PA: Autorización Previa (Prior Authorization). Freedom Health, Inc. requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesita obtener aprobación de Freedom Health, Inc. antes de poder dispensar su receta. Si no obtiene la aprobación, Freedom Health, Inc. podría no cubrir el medicamento.

ST: Terapia Escalonada (Step Therapy). En algunos casos, Freedom Health, Inc. requiere que usted pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si ambos medicamentos A y B tratan su condición médica, Freedom Health, Inc. puede no cubrir el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, Freedom Health, Inc. cubrirá el medicamento B.

B/D PA: Autorización Previa (Prior Authorization) para la Parte B frente a la Parte D. Freedom Health, Inc. requiere autorización para determinar si ciertos medicamentos tienen cobertura de Medicare Parte B o Medicare Parte D.

NM: Pedido No por Correo postal (Not Mail Order). Estos son medicamentos que no están disponibles en nuestras farmacias de envío por correo postal.

NEDS: Suministro de Días no Extendido (Non-Extended Days' Supply). Estos son medicamentos que no se pueden obtener para un suministro extendido de días. Solamente se pueden dispensar recetas hasta por un máximo de 30 días de suministro.

OTC: Estos medicamentos están cubiertos por su plan de medicamentos recetados de Medicare con receta y también están disponibles sin receta para su compra sin receta.

Table of Contents (Tabla de contenido)

ANALGESICS.....	3
ANESTHETICS.....	5
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS	5
ANTIBACTERIALS	6
ANTICONVULSANTS.....	10
ANTIDEMENTIA AGENTS	13
ANTIDEPRESSANTS	13
ANTIEMETICS	15
ANTIFUNGALS.....	16
ANTIGOUT AGENTS	17
ANTIMIGRAINE AGENTS	17
ANTIMYASTHENIC AGENTS	18
ANTIMYCOBACTERIALS	18
ANTINEOPLASTICS	18
ANTIPARASITICS	26
ANTIPARKINSON AGENTS	27
ANTIPSYCHOTICS.....	27
ANTISPASTICITY AGENTS.....	30
ANTIVIRALS.....	30
ANXIOLYTICS.....	33
BIPOLAR AGENTS.....	34
BLOOD GLUCOSE REGULATORS.....	34
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS.....	37
CARDIOVASCULAR AGENTS.....	39
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS.....	44
DENTAL AND ORAL AGENTS	45
DERMATOLOGICAL AGENTS	46
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS	48
GASTROINTESTINAL AGENTS	51
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT	52
GENITOURINARY AGENTS.....	53
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL).....	54
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY).....	54
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PROSTAGLANDINS).....	55

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)	55
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)	59
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL)	60
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY)	60
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)	60
IMMUNOLOGICAL AGENTS	61
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS	64
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS	64
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS	65
OPHTHALMIC AGENTS	65
OTIC AGENTS	67
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	68
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS	71
SLEEP DISORDER AGENTS	71

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
ANALGESICS		
<i>acetaminophen-codeine #2 300-15 mg tab</i>	1	QL (180 per 30 days); NEDS; GC
<i>acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab</i>	1	QL (180 per 30 days); NEDS; GC
<i>acetaminophen-codeine #4 300-60 mg tab</i>	1	QL (180 per 30 days); NEDS; GC
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml solution</i>	1	QL (900 per 30 days); NEDS; GC
<i>acetaminophen-codeine 300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab</i>	1	QL (180 per 30 days); NEDS; GC
<i>buprenorphine 5 mcg/hr patch wk, 10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk</i>	3	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
<i>buprenorphine 7.5 mcg/hr patch wk</i>	3	PA; NEDS
<i>celecoxib 50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap, 400 mg cap</i>	1	GC
CODEINE SULFATE 15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB	2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	1	GC
<i>diclofenac sodium 1 % gel</i>	3	QL (1000 per 30 days); OTC
<i>diclofenac sodium 1.5 % solution</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium 25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr</i>	1	GC
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h</i>	1	GC
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	2	
<i>duramorph 0.5 mg/ml solution, 1 mg/ml solution</i>	3	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>ec-naproxen 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	GC
<i>endocet 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>etodolac 200 mg cap, 300 mg cap</i>	2	
<i>etodolac 400 mg tab, 500 mg tab</i>	1	GC
<i>etodolac er 400 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h</i>	1	GC
<i>fenoprofen calcium 600 mg tab</i>	1	GC
<i>fentanyl 12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 37.5 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 62.5 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr, 100 mcg/hr patch 72hr</i>	3	PA; QL (15 per 30 days); NEDS
<i>fentanyl 87.5 mcg/hr patch 72hr</i>	4	PA; QL (15 per 30 days); NEDS
<i>fentanyl citrate 100 mcg tab, 200 mcg tab, 400 mcg tab, 600 mcg tab, 800 mcg tab</i>	4	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>flurbiprofen 100 mg tab</i>	1	GC
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab</i>	1	QL (180 per 30 days); NEDS; GC
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab, 2 mg/ml solution, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	3	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>hydromorphone hcl pf 10 mg/ml solution, 50 mg/5ml solution, 500 mg/50ml solution</i>	3	QL (120 per 30 days); NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>ibu 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	GC
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	GC
<i>ketoprofen 25 mg cap</i>	4	NEDS
<i>ketoprofen er 200 mg cap er 24h</i>	1	GC
<i>ketorolac tromethamine 10 mg tab</i>	2	PA
<i>meloxicam 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	1	GC
<i>methadone hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	PA; QL (180 per 30 days); NEDS; GC
<i>methadone hcl 5 mg/5ml solution, 10 mg/5ml solution</i>	1	QL (900 per 30 days); NEDS; GC
<i>morphine sulfate (concentrate) 20 mg/ml solution, 100 mg/5ml solution</i>	1	QL (180 per 30 days); NEDS; GC
<i>morphine sulfate (pf) 0.5 mg/ml solution, 1 mg/ml solution</i>	3	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml solution, 20 mg/5ml solution</i>	1	QL (900 per 30 days); NEDS; GC
<i>morphine sulfate 15 mg tab, 30 mg tab</i>	1	QL (180 per 30 days); NEDS; GC
MORPHINE SULFATE 2 MG/ML SOLUTION, 4 MG/ML SOLUTION	2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate er 100 mg tab er, 200 mg tab er</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er, 30 mg tab er, 60 mg tab er</i>	2	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate er beads 30 mg cap er 24h, 45 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 75 mg cap er 24h, 90 mg cap er 24h, 120 mg cap er 24h</i>	3	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	GC
<i>naproxen 125 mg/5ml suspension, 250 mg tab, 375 mg tab, 375 mg tab dr, 500 mg tab, 500 mg tab dr</i>	1	GC
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	1	GC
<i>oxaprozin 600 mg tab</i>	2	
<i>oxycodone hcl 10 mg/0.5ml conc, 100 mg/5ml conc</i>	3	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl er 10 mg tb12 deter, 15 mg tb12 deter, 20 mg tb12 deter, 30 mg tb12 deter, 40 mg tb12 deter, 60 mg tb12 deter</i>	2	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl er 80 mg tb12 deter</i>	4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab</i>	2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>piroxicam 10 mg cap, 20 mg cap</i>	2	
<i>relafen 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	GC
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	GC
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	1	QL (240 per 30 days); NEDS; GC
<i>tramadol hcl er (biphasic) 100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h</i>	3	PA; QL (30 per 30 days); NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los simbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>tramadol hcl er 100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h</i>	3	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	1	QL (40 per 5 days); NEDS; GC
ANESTHETICS		
<i>glydo 2 % prsyr</i>	1	GC
<i>lidocaine 5 % patch</i>	3	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine hcl 4 % solution</i>	1	PA; QL (300 per 30 days); GC
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal 2 % gel, 2 % prsyr</i>	1	GC
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	1	GC
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i>	2	QL (30 per 30 days)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	3	
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS		
<i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>	3	
APO-VARENICLINE 0.5 MG TAB	3	PA; QL (60 per 30 days)
APO-VARENICLINE 1 MG TAB	3	PA; QL (56 per 28 days)
<i>buprenorphine hcl 2 mg sl tab</i>	1	QL (240 per 30 days); NEDS; GC
<i>buprenorphine hcl 8 mg sl tab</i>	1	QL (60 per 30 days); NEDS; GC
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 12-3 mg film</i>	2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 2-0.5 mg film</i>	2	QL (360 per 30 days); NEDS
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 2-0.5 mg sl tab</i>	1	QL (360 per 30 days); NEDS; GC
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 4-1 mg film</i>	2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 8-2 mg film</i>	2	QL (90 per 30 days); NEDS
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 8-2 mg sl tab</i>	1	QL (90 per 30 days); NEDS; GC
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>	1	QL (60 per 30 days); GC
CHANTIX 0.5 MG TAB	3	PA; QL (60 per 30 days)
CHANTIX 1 MG TAB	3	PA; QL (56 per 28 days)
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK 1 MG TAB	3	PA; QL (56 per 28 days)
CHANTIX STARTING MONTH PAK 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42 TAB	3	PA
<i>disulfiram 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	GC
<i>naloxone hcl 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsyr</i>	1	GC
<i>naloxone hcl 4 mg/0.1ml liquid</i>	3	
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	1	GC
NICOTROL 10 MG INHALER	2	
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	2	QL (120 per 30 days)
<i>varenicline tartrate 0.5 mg tab</i>	3	PA; QL (60 per 30 days)
<i>varenicline tartrate 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 misc</i>	3	PA
<i>varenicline tartrate 1 mg tab</i>	3	PA; QL (56 per 28 days)
VIVITROL 380 MG RECON SUSP	4	NM; NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
ANTIBACTERIALS		
<i>amoxicillin 125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i>	1	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg chew tab, 200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg chew tab, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab</i>	1	GC
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	1	GC
<i>ampicillin sodium 1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln</i>	1	GC
<i>ampicillin-sulbactam sodium 1.5 (1-0.5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln</i>	2	
<i>ampicillin-sulbactam sodium 15 (10-5) gm recon soln</i>	3	
AVYCAZ 2.5 (2-0.5) GM RECON SOLN	4	NEDS
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg recon soln, 500 mg tab, 600 mg tab</i>	1	GC
<i>aztreonam 1 gm recon soln</i>	2	
BAXDELA 300 MG RECON SOLN, 450 MG TAB	4	NEDS
BICILLIN C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION	3	
BICILLIN C-R 900/300 900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION	3	
BICILLIN L-A 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSPENSION	3	
<i>cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap</i>	1	GC
CEFACLOR ER 500 MG TAB ER 12H	2	
<i>cefadroxil 1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg/5ml recon susp</i>	1	GC
<i>cefazolin sodium 1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 500 mg recon soln</i>	3	
<i>cefdinir 125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp, 300 mg cap</i>	2	
<i>cefepime hcl 1 gm recon soln, 2 gm recon soln</i>	2	
<i>cefixime 100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp</i>	2	
<i>cefixime 400 mg cap</i>	3	
<i>cefoxitin sodium 1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln</i>	1	GC
<i>cefpodoxime proxetil 100 mg tab, 200 mg tab</i>	1	GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>ceftazidime 1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 6 gm recon soln</i>	2	
<i>ceftriaxone sodium 1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln</i>	1	GC
<i>cefuroxime axetil 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	GC
<i>cefuroxime sodium 1.5 gm recon soln, 7.5 gm recon soln, 750 mg recon soln</i>	1	GC
<i>cephalexin 125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap</i>	1	GC
<i>ciprofloxacin hcl 0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	GC
<i>ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i>	1	GC
<i>clarithromycin 125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp</i>	1	GC
<i>clarithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	
<i>clindacin-p 1 % swab</i>	1	GC
<i>clindamycin hcl 75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap</i>	1	GC
<i>clindamycin phosphate 1 % swab</i>	1	GC
<i>clindamycin phosphate 2 % cream</i>	3	
<i>clindamycin phosphate 300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution</i>	2	
<i>clindamycin phosphate in d5w 300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution</i>	2	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	3	
<i>daptomycin 350 mg recon soln, 500 mg recon soln</i>	4	NEDS
<i>demeclocycline hcl 150 mg tab, 300 mg tab</i>	3	
<i>dicloxacillin sodium 250 mg cap, 500 mg cap</i>	1	GC
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP, 200 MG TAB	4	PA; NEDS
<i>doxy 100 100 mg recon soln</i>	3	
<i>doxycycline hyclate 100 mg cap, 100 mg tab</i>	2	
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	3	
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>	1	GC
<i>doxycycline monohydrate 50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg cap, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab</i>	1	GC
<i>e.e.s. 400 400 mg tab</i>	3	
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	3	
<i>ery-tab 250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	2	
<i>erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i>	3	
<i>erythrocin stearate 250 mg tab</i>	3	
<i>erythromycin 250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>erythromycin base 250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	2	
<i>erythromycin base 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp, 400 mg tab, 400 mg/5ml recon susp</i>	3	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	3	
<i>erythromycin stearate 250 mg tab</i>	3	
<i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>	3	
<i>gentamicin in saline 0.8-0.9 mg/ml-% solution, 1-0.9 mg/ml-% solution, 1.2-0.9 mg/ml-% solution, 1.6-0.9 mg/ml-% solution</i>	1	GC
<i>gentamicin sulfate 0.1 % cream, 0.1 % ointment</i>	1	QL (30 per 30 days); GC
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	1	GC
<i>imipenem-cilastatin 250 mg recon soln, 500 mg recon soln</i>	3	
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	GC
<i>levofloxacin in d5w 500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution</i>	3	
<i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>	4	PA; QL (1800 per 30 days); NEDS
<i>linezolid 600 mg tab</i>	3	PA; QL (56 per 28 days)
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	3	
<i>meropenem 1 gm recon soln, 500 mg recon soln</i>	3	
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	1	GC
<i>metronidazole 0.75 % cream, 0.75 % gel, 0.75 % lotion, 1 % gel</i>	2	
<i>metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	GC
<i>metronidazole 500 mg/100ml solution</i>	3	
<i>minocycline hcl 50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg cap, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab</i>	1	GC
<i>mondoxylene nl 100 mg cap</i>	1	GC
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG TAB, 400 MG/250ML SOLUTION	3	
<i>moxifloxacin hcl in nacl 400 mg/250ml solution</i>	3	
<i>nafcillin sodium 1 gm recon soln</i>	1	GC
<i>nafcillin sodium 10 gm recon soln</i>	4	NEDS
<i>nafcillin sodium 2 gm recon soln</i>	3	
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	1	GC
<i>nitrofurantoin macrocrystal 50 mg cap, 100 mg cap</i>	1	GC
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	1	GC
<i>ofloxacin 300 mg tab, 400 mg tab</i>	1	GC
<i>oxacillin sodium 1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln</i>	1	GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE 1 GM/50ML SOLUTION, 2 GM/50ML SOLUTION	2	
paromomycin sulfate 250 mg cap	2	
penicillin g potassium 5000000 recon soln, 20000000 recon soln	3	
penicillin g sodium 5000000 unit recon soln	3	
penicillin v potassium 125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab	1	GC
pfizerpen 20000000 unit recon soln	3	
piperacillin sod-tazobactam 2.25 (2-0.25) gm recon soln, 3-0.375 gm recon soln, 3.375 (3-0.375) gm recon soln, 4-0.5 gm recon soln, 4.5 (4-0.5) gm recon soln, 13.5 (12-1.5) gm recon soln, 40.5 (36-4.5) gm recon soln	3	
rosadan 0.75 % cream, 0.75 % gel	2	
streptomycin sulfate 1 gm recon soln	4	NEDS
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion	1	GC
sulfadiazine 500 mg tab	3	
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab	1	GC
tazicef 1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 6 gm recon soln	2	
TEFLARO 400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN	4	NEDS
tetracycline hcl 250 mg cap, 500 mg cap	3	
tigecycline 50 mg recon soln	4	NEDS
tinidazole 250 mg tab, 500 mg tab	2	
tobramycin sulfate 10 mg/ml solution, 80 mg/2ml solution	2	
trimethoprim 100 mg tab	1	GC
VANCOMYCIN HCL 1 GM RECON SOLN, 10 GM RECON SOLN, 100 GM RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN, 500 MG/100ML SOLUTION, 750 MG RECON SOLN, 750 MG/150ML SOLUTION, 1000 MG/200ML SOLUTION, 1250 MG/250ML SOLUTION, 1500 MG/300ML SOLUTION, 1750 MG/350ML SOLUTION, 2000 MG/400ML SOLUTION	2	
vancomycin hcl 125 mg cap, 250 mg cap	3	PA; QL (240 per 30 days)
VANDAZOLE 0.75 % GEL	2	
XIFAXAN 200 MG TAB	3	PA; QL (9 per 3 days)
XIFAXAN 550 MG TAB	4	PA; QL (84 per 28 days); NEDS
ZERBAXA 1.5 (1-0.5) GM RECON SOLN	4	NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
ANTICONVULSANTS		
APTOM 200 MG TAB, 400 MG TAB, 600 MG TAB, 800 MG TAB	4	ST; NEDS
BRIVIACT 10 MG TAB	3	PA; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	4	PA; QL (600 per 30 days); NEDS
BRIVIACT 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB, 100 MG TAB	4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>carbamazepine 100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg tab</i>	1	GC
<i>carbamazepine er 100 mg cap er 12h, 200 mg cap er 12h, 300 mg cap er 12h</i>	1	GC
<i>carbamazepine er 100 mg tab er 12h, 200 mg tab er 12h, 400 mg tab er 12h</i>	2	
CELONTIN 300 MG CAP	2	
<i>clobazam 10 mg tab</i>	3	PA; QL (120 per 30 days)
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	3	PA; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam 20 mg tab</i>	3	PA; QL (60 per 30 days)
DIACOMIT 250 MG CAP, 250 MG PACKET	4	PA; LA; QL (360 per 30 days); NM; NEDS
DIACOMIT 500 MG CAP, 500 MG PACKET	4	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM; NEDS
<i>diazepam 2.5 mg gel, 10 mg gel, 20 mg gel</i>	3	
DILANTIN 30 MG CAP	2	
<i>divalproex sodium 125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	GC
<i>divalproex sodium er 250 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h</i>	1	GC
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	4	PA; LA; NM; NEDS
<i>epitol 200 mg tab</i>	1	GC
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	3	
<i>ethosuximide 250 mg cap, 250 mg/5ml solution</i>	1	GC
<i>felbamate 400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension</i>	3	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	4	PA; LA; NM; NEDS
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	3	QL (720 per 30 days)
FYCOMPA 2 MG TAB	3	QL (30 per 30 days)
FYCOMPA 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	1	QL (1080 per 30 days); GC
<i>gabapentin 250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution</i>	1	QL (2160 per 30 days); GC
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	1	QL (360 per 30 days); GC
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	1	QL (270 per 30 days); GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>gabapentin 600 mg tab</i>	1	QL (180 per 30 days); GC
<i>gabapentin 800 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
<i>lacosamide 10 mg/ml solution</i>	3	QL (1200 per 30 days)
LACOSAMIDE 10 MG/ML SOLUTION	4	QL (1200 per 30 days); NEDS
<i>lacosamide 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine 25 mg tab disp, 50 mg tab disp, 100 mg tab disp, 200 mg tab disp</i>	3	
<i>lamotrigine 25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	GC
<i>lamotrigine 5 mg chew tab, 25 mg chew tab</i>	2	
<i>lamotrigine er 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h, 100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 250 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h</i>	3	
<i>lamotrigine starter kit-blue 35 x 25 mg kit</i>	3	
<i>lamotrigine starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg kit</i>	4	NEDS
<i>lamotrigine starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg kit</i>	3	
<i>levetiracetam 100 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab, 1000 mg tab</i>	1	GC
<i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i>	3	QL (180 per 30 days)
<i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i>	3	QL (120 per 30 days)
<i>oxcarbazepine 150 mg tab, 300 mg tab, 300 mg/5ml suspension, 600 mg tab</i>	1	GC
<i>phenobarbital 100 mg tab</i>	2	PA; QL (120 per 30 days)
<i>phenobarbital 15 mg tab</i>	2	PA; QL (800 per 30 days)
<i>phenobarbital 16.2 mg tab</i>	2	PA; QL (741 per 30 days)
<i>phenobarbital 20 mg/5ml elixir</i>	2	PA; QL (3000 per 30 days)
<i>phenobarbital 30 mg tab</i>	2	PA; QL (400 per 30 days)
<i>phenobarbital 32.4 mg tab</i>	2	PA; QL (370 per 30 days)
<i>phenobarbital 60 mg tab</i>	2	PA; QL (200 per 30 days)
<i>phenobarbital 64.8 mg tab</i>	2	PA; QL (185 per 30 days)
<i>phenobarbital 97.2 mg tab</i>	2	PA; QL (123 per 30 days)
PHENYTEK 200 MG CAP, 300 MG CAP	3	
<i>phenytoin 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension</i>	1	GC
<i>phenytoin 50 mg chew tab</i>	2	
<i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i>	1	GC
<i>primidone 50 mg tab, 250 mg tab</i>	1	GC
<i>roweepra 500 mg tab</i>	1	GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	3	PA; QL (480 per 30 days)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	4	PA; QL (2400 per 30 days); NEDS
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	4	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
SPRITAM 250 MG TAB, 500 MG TAB, 1000 MG TAB	3	PA; QL (60 per 30 days)
SPRITAM 750 MG TAB	3	PA; QL (120 per 30 days)
<i>subvenite 25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	GC
<i>subvenite starter kit-blue 35 x 25 mg kit</i>	3	
<i>subvenite starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg kit</i>	3	
<i>subvenite starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg kit</i>	3	
SYMPAZAN 10 MG FILM, 20 MG FILM	4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
SYMPAZAN 5 MG FILM	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tiagabine hcl 2 mg tab, 4 mg tab, 12 mg tab, 16 mg tab</i>	3	
<i>topiramate 15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab</i>	1	GC
<i>topiramate er 25 mg cp24 sprnk, 50 mg cp24 sprnk, 100 mg cp24 sprnk, 150 mg cp24 sprnk, 200 mg cp24 sprnk</i>	3	
<i>valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml solution</i>	1	GC
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	4	NEDS
VALTOCO 15 MG DOSE 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	3	
VALTOCO 20 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQD THPK	3	
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	3	
<i>vigabatrin 500 mg packet</i>	3	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM
<i>vigabatrin 500 mg tab</i>	4	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM; NEDS
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	3	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM
VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION	4	QL (1200 per 30 days); NEDS
VIMPAT 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB	4	QL (60 per 30 days); NEDS
VIMPAT 50 MG TAB	3	QL (60 per 30 days)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 50 & 200 MG TAB THPK, 100 & 150 MG TAB THPK	4	QL (56 per 28 days); NEDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	4	QL (56 per 28 days); NEDS
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	3	QL (56 per 365 over time)
XCOPRI 14 X 150 MG & 14 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X100 MG TAB THPK	4	QL (56 per 365 over time); NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los simbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
XCOPRI 150 MG TAB, 200 MG TAB	4	QL (60 per 30 days); NEDS
XCOPRI 50 MG TAB, 100 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NEDS
zonisamide 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap	1	GC
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	4	QL (1100 per 30 days); NEDS
ANTIDEMENTIA AGENTS		
donepezil hcl 5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp	1	QL (30 per 30 days); GC
ergoloid mesylates 1 mg tab	1	PA; GC
galantamine hydrobromide 4 mg tab, 8 mg tab, 12 mg tab	2	QL (60 per 30 days)
galantamine hydrobromide er 8 mg cap er 24h, 16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h	3	QL (30 per 30 days)
memantine hcl 10 mg tab, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg tab	1	PA; QL (60 per 30 days); GC
memantine hcl 2 mg/ml solution, 10 mg/5ml solution	1	PA; QL (300 per 30 days); GC
memantine hcl 5 mg tab	1	PA; QL (90 per 30 days); GC
memantine hcl er 7 mg cap er 24h, 14 mg cap er 24h, 21 mg cap er 24h, 28 mg cap er 24h	3	PA; QL (30 per 30 days)
rivastigmine 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr, 13.3 mg/24hr patch 24hr	3	QL (30 per 30 days)
rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap	3	QL (60 per 30 days)
ANTIDEPRESSANTS		
amitriptyline hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab	1	GC
amoxapine 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab	1	PA; GC
bupropion hcl 100 mg tab	1	QL (135 per 30 days); GC
bupropion hcl 75 mg tab	1	QL (180 per 30 days); GC
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h	1	QL (120 per 30 days); GC
bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h, 200 mg tab er 12h	1	QL (60 per 30 days); GC
bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h	1	QL (90 per 30 days); GC
bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h	1	QL (30 per 30 days); GC
bupropion hcl er (xl) 450 mg tab er 24h	3	QL (30 per 30 days)
chlorthalidone-amitriptyline 5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab	1	PA; GC
citalopram hydrobromide 10 mg tab	1	QL (120 per 30 days); GC
citalopram hydrobromide 10 mg/5ml solution	1	QL (600 per 30 days); GC
citalopram hydrobromide 20 mg tab	1	QL (60 per 30 days); GC
citalopram hydrobromide 40 mg tab	1	QL (30 per 30 days); GC
clomipramine hcl 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	3	PA

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>desipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab</i>	2	PA
DESVENLAFAXINE ER 50 MG TAB ER 24H, 100 MG TAB ER 24H	3	QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h, 100 mg tab er 24h</i>	3	
<i>doxepin hcl 10 mg cap, 10 mg/ml conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap</i>	1	PA; GC
EMSAM 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR	4	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>escitalopram oxalate 10 mg tab</i>	1	QL (60 per 30 days); GC
<i>escitalopram oxalate 20 mg tab</i>	1	QL (30 per 30 days); GC
<i>escitalopram oxalate 5 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5ml solution</i>	1	QL (600 per 30 days); GC
FETZIMA 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H, 120 MG CAP ER 24H	3	PA; QL (30 per 30 days)
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	3	PA
<i>fluoxetine hcl 10 mg cap</i>	1	GC
<i>fluoxetine hcl 20 mg cap</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>	1	QL (600 per 30 days); GC
<i>fluoxetine hcl 40 mg cap</i>	1	QL (60 per 30 days); GC
<i>fluoxetine hcl 90 mg cap dr</i>	3	QL (4 per 28 days)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	
<i>imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	PA; GC
<i>imipramine pamoate 75 mg cap, 100 mg cap, 125 mg cap, 150 mg cap</i>	3	PA
LYBALVI 5-10 MG TAB, 10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NEDS
MARPLAN 10 MG TAB	2	
<i>mirtazapine 15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp</i>	1	QL (30 per 30 days); GC
<i>mirtazapine 7.5 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab</i>	1	GC
<i>nefazodone hcl 200 mg tab</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>nefazodone hcl 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 250 mg tab</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nortriptyline hcl 10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	GC
<i>olanzapine-fluoxetine hcl 3-25 mg cap, 6-25 mg cap</i>	3	QL (90 per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl 6-50 mg cap, 12-25 mg cap, 12-50 mg cap</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>paroxetine hcl 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	GC
<i>paroxetine hcl 10 mg/5ml suspension</i>	2	QL (900 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>paroxetine hcl 30 mg tab</i>	1	QL (60 per 30 days); GC
<i>paroxetine hcl 40 mg tab</i>	1	QL (45 per 30 days); GC
<i>paroxetine mesylate 7.5 mg cap</i>	3	
<i>perphenazine-amitriptyline 2-10 mg tab, 2-25 mg tab, 4-10 mg tab, 4-25 mg tab, 4-50 mg tab</i>	2	PA
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	2	
<i>protriptyline hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	PA; GC
<i>sertraline hcl 100 mg tab</i>	1	QL (60 per 30 days); GC
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	1	QL (300 per 30 days); GC
<i>sertraline hcl 25 mg tab</i>	1	QL (240 per 30 days); GC
<i>sertraline hcl 50 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
SPRAVATO (56 MG DOSE) 28 MG/DEVICE SOLN THPK	4	PA; QL (16 per 28 days); NM; NEDS
SPRAVATO (84 MG DOSE) 28 MG/DEVICE SOLN THPK	4	PA; QL (24 per 28 days); NM; NEDS
<i>tranlycypromine sulfate 10 mg tab</i>	1	GC
<i>trazodone hcl 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab</i>	1	GC
<i>trimipramine maleate 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap</i>	3	
TRINTELLIX 5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB	3	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	QL (90 per 30 days); GC
<i>venlafaxine hcl 75 mg tab</i>	1	GC
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap er 24h, 75 mg cap er 24h, 150 mg cap er 24h</i>	1	GC
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg tab er 24h, 225 mg tab er 24h</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg tab er 24h, 150 mg tab er 24h</i>	3	
VIIBRYD 10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB	3	QL (30 per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK 10 & 20 MG KIT	3	
<i>vilazodone hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	3	QL (30 per 30 days)
ANTIEMETICS		
<i>aprepitant 125 mg cap</i>	2	B/D PA; QL (5 per 30 days)
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	2	B/D PA; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant 80 & 125 mg cap, 80 & 125 mg misc</i>	2	B/D PA; QL (15 per 30 days)
<i>aprepitant 80 mg cap</i>	2	B/D PA; QL (10 per 30 days)
<i>compro 25 mg suppos</i>	1	GC
<i>dronabinol 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap</i>	3	B/D PA; QL (120 per 30 days)
EMEND 125 MG/5ML RECON SUSP	3	B/D PA; QL (15 per 30 days)
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	2	B/D PA; QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>meclizine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab</i>	1	GC; OTC
<i>metoclopramide hcl 5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg tab, 10 mg/10ml solution</i>	1	GC
<i>ondansetron 4 mg tab disp, 8 mg tab disp</i>	1	B/D PA; QL (90 per 30 days); GC
<i>ondansetron hcl 24 mg tab</i>	1	B/D PA; QL (30 per 30 days); GC
<i>ondansetron hcl 4 mg tab, 8 mg tab</i>	1	B/D PA; QL (90 per 30 days); GC
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	1	B/D PA; QL (450 per 30 days); GC
<i>perphenazine 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab</i>	2	
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	1	GC
<i>prochlorperazine maleate 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	GC
<i>promethazine hcl 12.5 mg suppos, 25 mg suppos</i>	1	PA; GC
<i>promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	GC
<i>promethegan 12.5 mg suppos, 25 mg suppos, 50 mg suppos</i>	1	PA; GC
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	3	QL (10 per 28 days)
<i>trimethobenzamide hcl 300 mg cap</i>	1	GC
VARUBI (180 MG DOSE) 2 X 90 MG TAB THPK	3	B/D PA; QL (4 per 28 days); NM
ANTIFUNGALS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	3	B/D PA
AMBISOME 50 MG RECON SUSP	4	B/D PA; NEDS
<i>amphotericin b 50 mg recon soln</i>	3	B/D PA
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	4	B/D PA; NEDS
<i>caspofungin acetate 50 mg recon soln</i>	4	B/D PA; NEDS
<i>caspofungin acetate 70 mg recon soln</i>	3	B/D PA
<i>ciclopirox olamine 0.77 % cream</i>	1	QL (90 per 30 days); GC
<i>ciclopirox olamine 0.77 % suspension</i>	1	GC
<i>clotrimazole 1 % cream, 1 % solution</i>	1	GC
<i>clotrimazole 10 mg troche</i>	1	QL (150 per 30 days); GC
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	1	QL (90 per 30 days); GC
ERAXIS 100 MG RECON SOLN	4	PA; NEDS
ERAXIS 50 MG RECON SOLN	3	PA
<i>fluconazole 10 mg/ml recon susp, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	GC
<i>fluconazole in sodium chloride 200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution</i>	1	GC
<i>flucytosine 250 mg cap, 500 mg cap</i>	4	NEDS
<i>griseofulvin microsize 125 mg/5ml suspension</i>	1	GC
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	2	PA
<i>ketoconazole 2 % cream, 2 % shampoo</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
<i>ketoconazole 200 mg tab</i>	1	GC
<i>micafungin sodium 50 mg recon soln, 100 mg recon soln</i>	4	NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION	4	PA; NEDS
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	1	GC
<i>nystatin 100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/gm powder, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab</i>	1	GC
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	1	GC
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	4	PA; NEDS
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	1	GC
<i>terconazole 0.4 % cream, 0.8 % cream, 80 mg suppos</i>	1	GC
<i>voriconazole 200 mg recon soln</i>	4	PA; NEDS
<i>voriconazole 200 mg tab</i>	3	PA; QL (60 per 30 days)
<i>voriconazole 40 mg/ml recon susp</i>	4	PA; QL (300 per 30 days); NEDS
<i>voriconazole 50 mg tab</i>	3	PA
ANTIGOUT AGENTS		
<i>allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	GC
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	2	
<i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i>	1	GC
<i>febuxostat 40 mg tab, 80 mg tab</i>	3	ST
<i>probenecid 500 mg tab</i>	2	
ANTIMIGRAINE AGENTS		
AIMOVIG 140 MG/ML SOLN A-INJ	2	PA; QL (1 per 28 days)
AIMOVIG 70 MG/ML SOLN A-INJ	2	PA; QL (2 per 28 days)
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	4	QL (8 per 28 days); NEDS
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 MG/ML SOLN PRSYR	4	PA; QL (3 per 28 days); NEDS
EMGALITY 120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR	2	PA; QL (2 per 28 days)
<i>migergot 2-100 mg suppos</i>	4	NEDS
<i>naratriptan hcl 1 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	QL (9 per 30 days); GC
NURTEC 75 MG TAB DISP	4	PA; QL (16 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate 5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan 5 mg/act solution, 20 mg/act solution</i>	3	
<i>sumatriptan succinate 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	QL (9 per 30 days); GC
<i>sumatriptan succinate 4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution</i>	3	QL (6 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill 4 mg/0.5ml soln cart, 6 mg/0.5ml soln cart</i>	3	QL (6 per 30 days)
<i>sumatriptan-naproxen sodium 85-500 mg tab</i>	3	QL (9 per 30 days)
UBRELVY 50 MG TAB, 100 MG TAB	4	PA; QL (16 per 30 days); NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
zolmitriptan 2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp	2	QL (9 per 30 days)
ANTIMYASTHENIC AGENTS		
pyridostigmine bromide 30 mg tab, 60 mg tab	2	
pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution	3	
pyridostigmine bromide er 180 mg tab er	3	
ANTIMYCOBACTERIALS		
dapsone 25 mg tab, 100 mg tab	2	
ethambutol hcl 100 mg tab, 400 mg tab	1	GC
isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab	1	GC
isoniazid 50 mg/5ml syrup	2	
PASER 4 GM PACKET	2	
PRIFTIN 150 MG TAB	3	
pyrazinamide 500 mg tab	2	
rifabutin 150 mg cap	3	
rifampin 150 mg cap, 300 mg cap	2	
rifampin 600 mg recon soln	3	
SIRTURO 20 MG TAB, 100 MG TAB	4	PA; LA; NM; NEDS
TRECTOR 250 MG TAB	3	
ANTINEOPLASTICS		
abiraterone acetate 250 mg tab	4	PA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
ALECENSA 150 MG CAP	4	PA; LA; QL (240 per 30 days); NM; NEDS
ALIMTA 100 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN	4	PA; NM; NEDS
ALUNBRIG 180 MG TAB	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
ALUNBRIG 30 MG TAB	4	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM; NEDS
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	4	PA; LA; QL (30 per 180 over time); NM; NEDS
ALUNBRIG 90 MG TAB	4	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
anastrozole 1 mg tab	1	QL (30 per 30 days); GC
AYVAKIT 25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
BALVERSA 3 MG TAB	4	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
BALVERSA 4 MG TAB	4	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
BALVERSA 5 MG TAB	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
BAVENCIO 200 MG/10ML SOLUTION	4	PA; LA; NM; NEDS
<i>bexarotene 1 % gel</i>	4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	4	PA; QL (300 per 30 days); NM; NEDS
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days)
BORTEZOMIB 3.5 MG RECON SOLN	4	PA; NM; NEDS
BOSULIF 100 MG TAB	4	PA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
BOSULIF 400 MG TAB, 500 MG TAB	4	PA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
BRAFTOVI 75 MG CAP	4	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM; NEDS
BRUKINSA 80 MG CAP	4	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
CABOMETYX 20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
CALQUENCE 100 MG CAP	4	PA; LA; NM; NEDS
CAPRELSA 100 MG TAB	4	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
CAPRELSA 300 MG TAB	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	4	PA; LA; QL (56 per 28 days); NM; NEDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	4	PA; LA; QL (112 per 28 days); NM; NEDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	4	PA; LA; QL (84 per 28 days); NM; NEDS
COPIKTRA 15 MG CAP, 25 MG CAP	4	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
COTELLIC 20 MG TAB	4	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
CYCLOPHOSPHAMIDE 1 GM/5ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLUTION, 500 MG/2.5ML SOLUTION	4	NM; NEDS
<i>cyclophosphamide 25 mg cap, 50 mg cap</i>	2	B/D PA; NM
CYRAMZA 100 MG/10ML SOLUTION, 500 MG/50ML SOLUTION	4	PA; LA; NM; NEDS
DARZALEX 400 MG/20ML SOLUTION	4	PA; LA; NM; NEDS
DARZALEX FASPRO 1800-30000 MG-UT/15ML SOLUTION	4	PA; NM; NEDS
DAURISMO 100 MG TAB	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
DAURISMO 25 MG TAB	4	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
EMCYT 140 MG CAP	4	NM; NEDS
ENHERTU 100 MG RECON SOLN	4	PA; NM; NEDS
ERIVEDGE 150 MG CAP	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
ERLEADA 60 MG TAB	4	PA; LA; NM; NEDS
<i>erlotinib hcl 100 mg tab, 150 mg tab</i>	4	PA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	4	PA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
<i>everolimus 2 mg tab sol, 2.5 mg tab, 3 mg tab sol, 5 mg tab, 5 mg tab sol, 7.5 mg tab, 10 mg tab</i>	4	PA; NM; NEDS
<i>exemestane 25 mg tab</i>	3	QL (60 per 30 days)
EXKIVITY 40 MG CAP	4	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
<i>flutamide 125 mg cap</i>	3	
FOTIVDA 0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP	4	PA; QL (21 per 28 days); NM; NEDS
GAVRETO 100 MG CAP	4	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
GAZYVA 1000 MG/40ML SOLUTION	4	PA; LA; NM; NEDS
GILOTRIF 20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
HERCEPTIN HYLECTA 600-10000 MG-UNT/5ML SOLUTION	4	B/D PA; NM; NEDS
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	1	GC
IBRANCE 75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG CAP, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB	4	PA; LA; QL (21 per 28 days); NM; NEDS
ICLUSIG 10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
IDHIFA 100 MG TAB	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
IDHIFA 50 MG TAB	4	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
<i>imatinib mesylate 100 mg tab, 400 mg tab</i>	4	PA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
IMBRUVICA 140 MG CAP, 140 MG TAB	4	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
IMBRUVICA 70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
INLYTA 1 MG TAB	4	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM; NEDS
INLYTA 5 MG TAB	4	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
INQOVI 35-100 MG TAB	4	PA; LA; QL (5 per 28 days); NM; NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
INREBIC 100 MG CAP	4	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
IRESSA 250 MG TAB	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
JAKAFI 5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB	4	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
KADCYLA 100 MG RECON SOLN, 160 MG RECON SOLN	4	PA; NM; NEDS
KEYTRUDA 100 MG/4ML SOLUTION	4	PA; NM; NEDS
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	4	PA; QL (21 per 21 days); NM; NEDS
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	4	PA; QL (42 per 21 days); NM; NEDS
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	4	PA; QL (63 per 21 days); NM; NEDS
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	4	PA; QL (49 per 28 days); NM; NEDS
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	4	PA; QL (70 per 28 days); NM; NEDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	4	PA; QL (91 per 28 days); NM; NEDS
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	4	PA; QL (180 per 30 days); NM; NEDS
<i>lenalidomide 10 mg cap</i>	4	PA; LA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>lenalidomide 15 mg cap, 25 mg cap</i>	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>lenalidomide 5 mg cap</i>	4	PA; LA; QL (150 per 30 days); NEDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	4	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	4	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	4	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	4	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	4	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	4	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	1	QL (30 per 30 days); GC
<i>leucovorin calcium 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab</i>	2	
LEUKERAN 2 MG TAB	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
LONSURF 15-6.14 MG TAB, 20-8.19 MG TAB	4	PA; NM; NEDS
LORBRENA 100 MG TAB	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
LORBRENA 25 MG TAB	4	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
LUMAKRAS 120 MG TAB	4	PA; LA; QL (240 per 30 days); NM; NEDS
LYNPARZA 100 MG TAB, 150 MG TAB	4	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
MATULANE 50 MG CAP	4	LA; NM; NEDS
MEKINIST 0.5 MG TAB	4	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
MEKINIST 2 MG TAB	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
MEKTOVI 15 MG TAB	4	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM; NEDS
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	1	GC
MESNEX 400 MG TAB	4	NEDS
NERLYNX 40 MG TAB	4	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM; NEDS
NEXAVAR 200 MG TAB	4	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	4	QL (30 per 30 days); NEDS
NINLARO 2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP	4	PA; QL (3 per 28 days); NM; NEDS
NUBEQA 300 MG TAB	4	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
ODOMZO 200 MG CAP	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
ONUREG 200 MG TAB, 300 MG TAB	4	PA; LA; QL (14 per 28 days); NM; NEDS
<i>oxaliplatin 200 mg/40ml solution</i>	3	B/D PA; NM
<i>paclitaxel 100 mg/16.7ml conc</i>	3	B/D PA; NM
PANRETIN 0.1 % GEL	2	NM
PEMAZYRE 4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB	4	PA; LA; QL (14 per 21 days); NM; NEDS
<i>pemetrexed disodium 100 mg recon soln, 500 mg recon soln</i>	4	NM; NEDS
<i>pemetrexed disodium 750 mg recon soln, 1000 mg recon soln</i>	4	NM; NEDS
PHESGO 60-60-2000 MG-MG-U/ML SOLUTION, 80-40-2000 MG-MG-U/ML SOLUTION	4	PA; NM; NEDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	4	PA; QL (28 per 28 days); NM; NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	4	PA; QL (56 per 28 days); NM; NEDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	4	PA; QL (56 per 28 days); NM; NEDS
POMALYST 1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP	4	PA; LA; QL (21 per 28 days); NM; NEDS
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	4	PA; NM; NEDS
QINLOCK 50 MG TAB	4	PA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
RETEVMO 40 MG CAP	4	PA; QL (180 per 30 days); NM; NEDS
RETEVMO 80 MG CAP	4	PA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
REVLIMID 2.5 MG CAP, 20 MG CAP	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
RIABNI 100 MG/10ML SOLUTION, 500 MG/50ML SOLUTION	4	B/D PA; NM; NEDS
RITUXAN 100 MG/10ML SOLUTION	4	B/D PA; LA; NM; NEDS
ROZLYTREK 100 MG CAP	4	PA; LA; QL (150 per 30 days); NM; NEDS
ROZLYTREK 200 MG CAP	4	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
RUBRACA 200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB	4	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
RYBREVANT 350 MG/7ML SOLUTION	4	PA; NM; NEDS
RYDAPT 25 MG CAP	4	PA; QL (240 per 30 days); NM; NEDS
RYLAZE 10 MG/0.5ML SOLUTION	4	PA; NM; NEDS
SARCLISA 100 MG/5ML SOLUTION, 500 MG/25ML SOLUTION	4	PA; NM; NEDS
SCSEMBLIX 20 MG TAB	4	PA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
SCSEMBLIX 40 MG TAB	4	PA; QL (300 per 30 days); NM; NEDS
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	4	NEDS
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	4	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
SPRYCEL 20 MG TAB, 50 MG TAB, 70 MG TAB, 80 MG TAB, 100 MG TAB, 140 MG TAB	4	PA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
STIVARGA 40 MG TAB	4	PA; LA; QL (84 per 28 days); NM; NEDS
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap, 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap</i>	4	PA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	4	PA; NM; NEDS
TABLOID 40 MG TAB	3	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
TABRECTA 150 MG TAB, 200 MG TAB	4	PA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
TAFINLAR 50 MG CAP, 75 MG CAP	4	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
TAGRISSO 40 MG TAB, 80 MG TAB	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
TALZENNA 0.25 MG CAP	4	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
TALZENNA 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
<i>tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	GC
TARGRETIN 1 % GEL	4	PA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
TASIGNA 50 MG CAP, 150 MG CAP, 200 MG CAP	4	PA; QL (112 per 28 days); NM; NEDS
TAZVERIK 200 MG TAB	4	PA; LA; QL (240 per 30 days); NM; NEDS
TECENTRIQ 1200 MG/20ML SOLUTION	4	PA; LA; QL (20 per 21 days); NM; NEDS
TECENTRIQ 840 MG/14ML SOLUTION	4	PA; LA; QL (28 per 28 days); NM; NEDS
TEPMETKO 225 MG TAB	4	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
THALOMID 150 MG CAP, 200 MG CAP	4	PA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
THALOMID 50 MG CAP, 100 MG CAP	4	PA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
TIBSOVO 250 MG TAB	4	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	4	NEDS
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) 100 MG CAP THPK	4	PA; LA; QL (21 per 28 days); NM; NEDS
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) 100 & 25 MG CAP THPK	4	PA; LA; QL (42 per 28 days); NM; NEDS
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) 25 MG CAP THPK	4	PA; LA; QL (42 per 28 days); NM; NEDS
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) 25 MG CAP THPK	4	PA; LA; QL (63 per 28 days); NM; NEDS
TUKYSA 50 MG TAB, 150 MG TAB	4	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
TURALIO 200 MG CAP	4	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
VALCHLOR 0.016 % GEL	4	PA; LA; NM; NEDS
VENCLEXTA 10 MG TAB	2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
VENCLEXTA 100 MG TAB	4	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM; NEDS
VENCLEXTA 50 MG TAB	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	4	PA; LA; NM; NEDS
VERZENIO 50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB	4	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
VITRAKVI 100 MG CAP	4	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	4	PA; LA; QL (300 per 30 days); NM; NEDS
VITRAKVI 25 MG CAP	4	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM; NEDS
VIZIMPRO 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
VONJO 100 MG CAP	4	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
VOTRIENT 200 MG TAB	4	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
WELIREG 40 MG TAB	4	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
XALKORI 200 MG CAP, 250 MG CAP	4	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
XOSPATA 40 MG TAB	4	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	4	PA; LA; QL (20 per 28 days); NM; NEDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	4	PA; LA; QL (8 per 28 days); NM; NEDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	4	PA; LA; QL (8 per 28 days); NM; NEDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	4	PA; LA; QL (4 per 28 days); NM; NEDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	4	PA; LA; QL (16 per 28 days); NM; NEDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	4	PA; LA; QL (8 per 28 days); NM; NEDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	4	PA; LA; QL (12 per 28 days); NM; NEDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	4	PA; LA; QL (4 per 28 days); NM; NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	4	PA; LA; QL (24 per 28 days); NM; NEDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	4	PA; LA; QL (16 per 28 days); NM; NEDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	4	PA; LA; QL (8 per 28 days); NM; NEDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	4	PA; LA; QL (32 per 28 days); NM; NEDS
XTANDI 40 MG CAP	4	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
XTANDI 40 MG TAB	4	PA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
XTANDI 80 MG TAB	4	PA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
ZEJULA 100 MG CAP	4	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
ZELBORAF 240 MG TAB	4	PA; LA; QL (240 per 30 days); NM; NEDS
ZEPZELCA 4 MG RECON SOLN	4	PA; NM; NEDS
ZOLINZA 100 MG CAP	4	PA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
ZYDELIG 100 MG TAB, 150 MG TAB	4	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
ZYKADIA 150 MG TAB	4	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
ANTIPARASITICS		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	4	NEDS
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	3	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl 62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab</i>	2	
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	GC
COARTEM 20-120 MG TAB	3	
EMVERM 100 MG CHEW TAB	4	NEDS
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	1	GC
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	1	PA; GC
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	2	
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	3	QL (6 per 30 days)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	3	B/D PA; NM
PRIMAQUINE PHOSPHATE 26.3 (15 BASE) MG TAB	3	
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i>	2	
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	4	NEDS
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	3	PA

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
ANTIPARKINSON AGENTS		
<i>amantadine hcl 100 mg cap, 100 mg tab</i>	2	
<i>apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart</i>	4	PA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	PA; GC
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab, 5 mg cap</i>	1	GC
<i>carbidopa 25 mg tab</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab</i>	1	GC
<i>carbidopa-levodopa er 25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab</i>	2	
DUOPA 4.63-20 MG/ML SUSPENSION	4	PA; NM; NEDS
<i>entacapone 200 mg tab</i>	3	
NEUPRO 1 MG/24HR PATCH 24HR, 2 MG/24HR PATCH 24HR, 3 MG/24HR PATCH 24HR, 4 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 8 MG/24HR PATCH 24HR	3	QL (30 per 30 days)
<i>pramipexole dihydrochloride 0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab</i>	1	GC
<i>rasagiline mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	2	
<i>ropinirole hcl 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab</i>	1	GC
<i>selegiline hcl 5 mg cap</i>	2	
<i>tolcapone 100 mg tab</i>	4	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>trihexyphenidyl hcl 0.4 mg/ml solution</i>	1	PA; GC
<i>trihexyphenidyl hcl 2 mg tab, 5 mg tab</i>	1	GC
ANTIPSYCHOTICS		
ABILIFY MAINTENA 300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER	4	QL (1 per 28 days); NEDS
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	3	QL (900 per 30 days)
<i>aripiprazole 10 mg tab disp</i>	3	QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole 15 mg tab disp</i>	4	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>aripiprazole 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab</i>	3	
<i>aripiprazole 20 mg tab, 30 mg tab</i>	3	QL (30 per 30 days)
ARISTADA 1064 MG/3.9ML PRSYR	4	QL (3.9 per 60 days); NEDS
ARISTADA 441 MG/1.6ML PRSYR	4	QL (1.6 per 28 days); NEDS
ARISTADA 662 MG/2.4ML PRSYR	4	QL (2.4 per 28 days); NEDS
ARISTADA 882 MG/3.2ML PRSYR	4	QL (3.2 per 28 days); NEDS
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR	4	QL (4.8 per 365 over time); NEDS
<i>asenapine maleate 10 mg sl tab</i>	3	QL (60 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>asenapine maleate 2.5 mg sl tab</i>	3	QL (240 per 30 days)
<i>asenapine maleate 5 mg sl tab</i>	3	QL (120 per 30 days)
CAPLYTA 10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP	4	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>chlorpromazine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab</i>	2	
CHLORPROMAZINE HCL 30 MG/ML CONC, 100 MG/ML CONC	3	
<i>clozapine 100 mg tab, 100 mg tab disp</i>	2	QL (270 per 30 days)
<i>clozapine 12.5 mg tab disp</i>	2	QL (2160 per 30 days)
<i>clozapine 150 mg tab disp</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>clozapine 200 mg tab</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>clozapine 200 mg tab disp</i>	4	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>clozapine 25 mg tab, 25 mg tab disp</i>	2	QL (1080 per 30 days)
<i>clozapine 50 mg tab</i>	2	QL (540 per 30 days)
FANAPT 1 MG TAB	4	QL (720 per 30 days); NEDS
FANAPT 10 MG TAB, 12 MG TAB	4	QL (60 per 30 days); NEDS
FANAPT 2 MG TAB	4	QL (360 per 30 days); NEDS
FANAPT 4 MG TAB	4	QL (180 per 30 days); NEDS
FANAPT 6 MG TAB	4	QL (120 per 30 days); NEDS
FANAPT 8 MG TAB	4	QL (90 per 30 days); NEDS
FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	3	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	1	GC
<i>fluphenazine hcl 1 mg tab, 2.5 mg tab, 2.5 mg/5ml elixir, 5 mg tab, 5 mg/ml conc, 10 mg tab</i>	1	GC
<i>fluphenazine hcl 2.5 mg/ml solution</i>	3	
<i>haloperidol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	GC
<i>haloperidol decanoate 50 mg/ml solution, 100 mg/ml solution</i>	1	GC
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc, 5 mg/ml solution</i>	1	GC
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	4	QL (3.5 per 180 over time); NEDS
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	4	QL (5 per 180 over time); NEDS
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	4	QL (0.75 per 28 days); NEDS
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	4	QL (1 per 28 days); NEDS
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	4	QL (1.5 per 28 days); NEDS
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	3	QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	4	QL (0.5 per 28 days); NEDS
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	4	QL (0.88 per 84 days); NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	4	QL (1.32 per 84 days); NEDS
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	4	QL (1.75 per 84 days); NEDS
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	4	QL (2.63 per 84 days); NEDS
<i>loxapine succinate 5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	2	
<i>molindone hcl 5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab</i>	3	
NUPLAZID 10 MG TAB, 34 MG CAP	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
<i>olanzapine 10 mg recon soln</i>	3	QL (90 per 30 days)
<i>olanzapine 2.5 mg tab, 5 mg tab, 5 mg tab disp, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab, 15 mg tab disp</i>	1	GC
<i>olanzapine 20 mg tab, 20 mg tab disp</i>	1	QL (30 per 30 days); GC
<i>paliperidone er 1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i>	3	QL (60 per 30 days)
PERSERIS 90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR	4	QL (1 per 28 days); NEDS
<i>pimozide 1 mg tab, 2 mg tab</i>	2	
<i>quetiapine fumarate 100 mg tab</i>	1	QL (240 per 30 days); GC
<i>quetiapine fumarate 150 mg tab</i>	1	QL (90 per 30 days); GC
<i>quetiapine fumarate 200 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
<i>quetiapine fumarate 25 mg tab</i>	1	QL (960 per 30 days); GC
<i>quetiapine fumarate 300 mg tab</i>	1	QL (80 per 30 days); GC
<i>quetiapine fumarate 400 mg tab</i>	1	QL (60 per 30 days); GC
<i>quetiapine fumarate 50 mg tab</i>	1	QL (480 per 30 days); GC
<i>quetiapine fumarate er 150 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er 50 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 400 mg tab er 24h</i>	3	QL (60 per 30 days)
REXULTI 0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB	4	QL (60 per 30 days); NEDS
REXULTI 3 MG TAB, 4 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NEDS
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG, 25 MG	3	QL (2 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG, 50 MG	4	QL (2 per 28 days); NEDS
<i>risperidone 0.25 mg tab</i>	1	QL (1920 per 30 days); GC
<i>risperidone 0.25 mg tab disp</i>	3	QL (1920 per 30 days)
<i>risperidone 0.5 mg tab</i>	1	QL (960 per 30 days); GC
<i>risperidone 0.5 mg tab disp</i>	3	QL (960 per 30 days)
<i>risperidone 1 mg tab disp</i>	3	QL (480 per 30 days)
<i>risperidone 1 mg tab, 1 mg/ml solution</i>	1	QL (480 per 30 days); GC
<i>risperidone 2 mg tab</i>	1	QL (240 per 30 days); GC
<i>risperidone 2 mg tab disp</i>	3	QL (240 per 30 days)
<i>risperidone 3 mg tab disp</i>	3	QL (150 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>risperidone 3 mg tab, 4 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
<i>risperidone 4 mg tab disp</i>	3	QL (120 per 30 days)
SECUADO 3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR	4	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>thioridazine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	GC
<i>thiothixene 1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap</i>	1	GC
<i>trifluoperazine hcl 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	GC
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	4	QL (600 per 30 days); NEDS
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	3	
VRAYLAR 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP	4	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>ziprasidone hcl 20 mg cap</i>	3	QL (240 per 30 days)
<i>ziprasidone hcl 40 mg cap</i>	3	QL (120 per 30 days)
<i>ziprasidone hcl 60 mg cap, 80 mg cap</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	3	QL (6 per 3 days)
ZYPREXA RELPREVV 210 MG RECON SUSP	3	QL (2 per 28 days); NM
ANTISPASTICITY AGENTS		
<i>baclofen 10 mg tab</i>	1	QL (90 per 30 days); GC
<i>baclofen 20 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
<i>dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	
<i>tizanidine hcl 2 mg tab, 4 mg tab</i>	1	GC
ANTIVIRALS		
<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	3	QL (960 per 30 days); NM
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	3	QL (60 per 30 days); NM
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	3	QL (30 per 30 days); NM
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	4	QL (60 per 30 days); NM; NEDS
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	1	GC
<i>acyclovir 200 mg/5ml suspension</i>	3	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	3	B/D PA
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	3	PA; NM
APTIVUS 250 MG CAP	4	QL (120 per 30 days); NM; NEDS
<i>atazanavir sulfate 150 mg cap, 200 mg cap</i>	3	QL (60 per 30 days); NM
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	3	QL (30 per 30 days); NM
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	4	PA; NM; NEDS
BIKTARVY 30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	4	QL (4 per 28 days); NEDS
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	4	QL (6 per 28 days); NEDS
CIMDUO 300-300 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
COMPLERA 200-25-300 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
CRIXIVAN 200 MG CAP	2	QL (360 per 30 days); NM
CRIXIVAN 400 MG CAP	2	QL (180 per 30 days); NM
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
DESCOVY 120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
DOVATO 50-300 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
EDURANT 25 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
<i>efavirenz 200 mg cap</i>	3	QL (120 per 30 days); NM
<i>efavirenz 50 mg cap</i>	2	QL (360 per 30 days); NM
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	3	QL (30 per 30 days); NM
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir 600-200-300 mg tab</i>	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir 400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab</i>	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	2	QL (30 per 30 days); NM
<i>emtricitabine-tenofovir df 100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab</i>	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
<i>emtricitabine-tenofovir df 200-300 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days); NM
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	2	QL (850 per 30 days); NM
<i>entecavir 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	3	PA; NM
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	2	NM
<i>etravirine 100 mg tab</i>	4	QL (120 per 30 days); NM; NEDS
<i>etravirine 200 mg tab</i>	4	QL (60 per 30 days); NM; NEDS
EVOTAZ 300-150 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
<i>famciclovir 125 mg tab, 250 mg tab</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>famciclovir 500 mg tab</i>	2	QL (21 per 7 days)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	4	QL (120 per 30 days); NM; NEDS
FUZEON 90 MG RECON SOLN	4	QL (60 per 30 days); NM; NEDS
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
INTELENCE 25 MG TAB	3	QL (480 per 30 days); NM
INVIRASE 500 MG TAB	4	QL (120 per 30 days); NM; NEDS
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	3	QL (180 per 30 days); NM
ISENTRESS 100 MG PACKET	4	QL (180 per 30 days); NM; NEDS
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	2	QL (720 per 30 days); NM
ISENTRESS 400 MG TAB	4	QL (120 per 30 days); NM; NEDS
ISENTRESS HD 600 MG TAB	4	QL (60 per 30 days); NM; NEDS
JULUCA 50-25 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
<i>lamivudine 10 mg/ml solution</i>	3	QL (960 per 30 days); NM
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	2	NM
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	3	QL (60 per 30 days); NM
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	3	QL (30 per 30 days); NM
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	2	QL (60 per 30 days); NM
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 90-400 MG TAB	4	PA; QL (28 per 28 days); NM; NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	3	QL (1800 per 30 days); NM
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	3	QL (300 per 30 days); NM
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	4	QL (120 per 30 days); NM; NEDS
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution</i>	3	QL (480 per 30 days); NM
<i>maraviroc 150 mg tab, 300 mg tab</i>	4	QL (120 per 30 days); NM; NEDS
MAVYRET 100-40 MG TAB	4	PA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
MAVYRET 50-20 MG PACKET	4	PA; QL (180 per 30 days); NM; NEDS
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	1	QL (60 per 30 days); NM; GC
<i>nevirapine 50 mg/5ml suspension</i>	2	QL (1200 per 30 days); NM
<i>nevirapine er 100 mg tab er 24h</i>	3	QL (90 per 30 days); NM
<i>nevirapine er 400 mg tab er 24h</i>	3	QL (30 per 30 days); NM
NORVIR 100 MG PACKET	3	QL (360 per 30 days); NM
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	3	QL (480 per 30 days); NM
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp, 30 mg cap, 45 mg cap, 75 mg cap</i>	2	
PIFELTRO 100 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
PREVYMIS 240 MG TAB, 480 MG TAB	4	NM; NEDS
PREZCOBIX 800-150 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	4	QL (400 per 30 days); NM; NEDS
PREZISTA 150 MG TAB	3	QL (180 per 30 days); NM
PREZISTA 600 MG TAB, 800 MG TAB	4	QL (60 per 30 days); NM; NEDS
PREZISTA 75 MG TAB	3	QL (300 per 30 days); NM
RELENZA DISKHALER 5 MG/BLISTER AER POW BA	3	QL (60 per 180 over time)
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION	3	NM
REYATAZ 50 MG PACKET	3	QL (240 per 30 days); NM
<i>ribavirin 200 mg cap</i>	1	NM; GC
<i>rimantadine hcl 100 mg tab</i>	1	GC
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	2	QL (360 per 30 days); NM
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	4	QL (60 per 30 days); NEDS
SELZENTRY 150 MG TAB, 300 MG TAB	4	QL (120 per 30 days); NM; NEDS
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	2	QL (1840 per 30 days); NM
SELZENTRY 25 MG TAB	2	QL (120 per 30 days); NM
SELZENTRY 75 MG TAB	4	QL (60 per 30 days); NM; NEDS
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 400-100 MG TAB	4	PA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
<i>stavudine 15 mg cap, 20 mg cap</i>	2	QL (120 per 30 days); NM
<i>stavudine 30 mg cap, 40 mg cap</i>	2	QL (60 per 30 days); NM
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
SYM TUZA 800-150-200-10 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
TEMIXYS 300-300 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los simbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	3	QL (30 per 30 days); NM
TIVICAY 10 MG TAB	3	QL (120 per 30 days); NM
TIVICAY 25 MG TAB, 50 MG TAB	4	QL (60 per 30 days); NM; NEDS
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	4	QL (360 per 30 days); NM; NEDS
<i>trifluridine 1 % solution</i>	2	
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	4	QL (180 per 30 days); NM; NEDS
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	4	QL (60 per 30 days); NM; NEDS
TYBOST 150 MG TAB	2	QL (30 per 30 days); NM
<i>valacyclovir hcl 1 gm tab</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>valacyclovir hcl 500 mg tab</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	2	NM
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	3	NM
VIRACEPT 250 MG TAB	4	QL (300 per 30 days); NM; NEDS
VIRACEPT 625 MG TAB	4	QL (120 per 30 days); NM; NEDS
VIREAD 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NM; NEDS
VIREAD 40 MG/GM POWDER	2	QL (240 per 30 days); NM
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 X 40 MG TAB THPK, 2 X 20 MG TAB THPK	3	
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	3	
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	1	QL (180 per 30 days); NM; GC
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	1	QL (60 per 30 days); NM; GC
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	1	QL (1920 per 30 days); NM; GC
ZIRGAN 0.15 % GEL	3	
ANXIOLYTICS		
<i>alprazolam 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
<i>buspirone hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab</i>	1	GC
<i>chlordiazepoxide hcl 5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
<i>clonazepam 0.125 mg tab disp</i>	2	QL (4800 per 30 days)
<i>clonazepam 0.25 mg tab disp</i>	2	QL (2400 per 30 days)
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 0.5 mg tab disp</i>	2	QL (1200 per 30 days)
<i>clonazepam 1 mg tab, 1 mg tab disp</i>	2	QL (600 per 30 days)
<i>clonazepam 2 mg tab, 2 mg tab disp</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab, 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	1	GC
<i>diazepam 10 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
<i>diazepam 2 mg tab</i>	1	QL (600 per 30 days); GC
<i>diazepam 5 mg tab</i>	1	QL (240 per 30 days); GC
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	1	QL (1200 per 30 days); GC
<i>lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	1	QL (90 per 30 days); GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>lorazepam 2 mg tab</i>	1	QL (150 per 30 days); GC
<i>meprobamate 200 mg tab, 400 mg tab</i>	1	PA; GC
<i>oxazepam 10 mg cap, 15 mg cap, 30 mg cap</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
BIPOLAR AGENTS		
LATUDA 20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB, 120 MG TAB	4	QL (30 per 30 days); NEDS
LATUDA 80 MG TAB	4	QL (60 per 30 days); NEDS
LITHIUM 8 MEQ/5ML SOLUTION	2	
<i>lithium carbonate 150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap</i>	1	GC
<i>lithium carbonate er 300 mg tab er, 450 mg tab er</i>	1	GC
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
<i>acarbose 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	QL (90 per 30 days); GC
BYETTA 10 MCG PEN 10 MCG/0.04ML SOLN PEN	3	QL (2.4 per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN 5 MCG/0.02ML SOLN PEN	3	QL (1.2 per 30 days)
CYCLOSET 0.8 MG TAB	3	ST; QL (180 per 30 days)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	4	NEDS
FARXIGA 5 MG TAB, 10 MG TAB	2	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride 1 mg tab</i>	1	QL (240 per 30 days); GC
<i>glimepiride 2 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
<i>glimepiride 4 mg tab</i>	1	QL (60 per 30 days); GC
<i>glipizide 10 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
<i>glipizide 5 mg tab</i>	1	QL (240 per 30 days); GC
<i>glipizide er 10 mg tab er 24h</i>	1	QL (60 per 30 days); GC
<i>glipizide er 2.5 mg tab er 24h</i>	1	QL (240 per 30 days); GC
<i>glipizide er 5 mg tab er 24h</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
<i>glipizide xl 10 mg tab er 24h</i>	1	QL (60 per 30 days); GC
<i>glipizide xl 2.5 mg tab er 24h</i>	1	QL (240 per 30 days); GC
<i>glipizide xl 5 mg tab er 24h</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
<i>glipizide-metformin hcl 2.5-250 mg tab</i>	1	QL (240 per 30 days); GC
<i>glipizide-metformin hcl 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
GLUCAGON EMERGENCY 1 MG KIT	2	
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART, 100 UNIT/ML SOLUTION	2	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	2	
HUMALOG KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN	2	
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 UNIT/ML SUSPENSION	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	2	
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	2	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	2	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	4	PA; NEDS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	4	PA; NEDS
INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	2	
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION	2	
INSULIN ASPART FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	2	
INSULIN ASPART PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	2	
INSULIN ASPART PROT & ASPART (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	2	
INSULIN GLARGINE-YFGN 100 UNIT/ML SOLN PEN, 100 UNIT/ML SOLUTION	3	
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	2	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	2	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	2	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	2	
INVOKAMET 50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB, 150-1000 MG TAB, 150-500 MG TAB	3	QL (60 per 30 days)
INVOKAMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H, 150-1000 MG TAB ER 24H, 150-500 MG TAB ER 24H	3	QL (60 per 30 days)
INVOKANA 100 MG TAB, 300 MG TAB	3	QL (30 per 30 days)
JANUMET 50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB	2	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR 100-1000 MG TAB ER 24H	2	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H	2	QL (60 per 30 days)
JANUVIA 100 MG TAB	2	QL (30 per 30 days)
JANUVIA 25 MG TAB	2	QL (120 per 30 days)
JANUVIA 50 MG TAB	2	QL (60 per 30 days)
JARDIANCE 10 MG TAB, 25 MG TAB	2	QL (30 per 30 days)
KERENDIA 10 MG TAB, 20 MG TAB	3	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	2	
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	2	
LEVEMIR 100 UNIT/ML SOLUTION	2	
LEVEMIR FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	2	
<i>metformin hcl 1000 mg tab</i>	1	QL (60 per 30 days); GC
<i>metformin hcl 500 mg tab</i>	1	QL (150 per 30 days); GC
<i>metformin hcl 850 mg tab</i>	1	QL (90 per 30 days); GC
<i>metformin hcl er 500 mg tab er 24h</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
<i>metformin hcl er 750 mg tab er 24h</i>	1	QL (60 per 30 days); GC
<i>miglitol 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	3	QL (90 per 30 days)
<i>nateglinide 120 mg tab</i>	1	QL (90 per 30 days); GC
<i>nateglinide 60 mg tab</i>	1	QL (180 per 30 days); GC
NOVOLIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	2	OTC
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	2	OTC
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	1	GC; OTC
NOVOLIN 70/30 RELION (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	1	GC; OTC
NOVOLIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	2	OTC
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	2	OTC
NOVOLIN N FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SUSP PEN	1	GC; OTC
NOVOLIN N RELION 100 UNIT/ML SUSPENSION	1	GC; OTC
NOVOLIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	2	OTC
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	2	OTC
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	1	GC; OTC
NOVOLIN R RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	1	GC; OTC
NOVOLOG 100 UNIT/ML SOLUTION	2	
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	1	GC
NOVOLOG FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	2	
NOVOLOG FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	1	GC
NOVOLOG MIX 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	2	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	2	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	1	GC
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
NOVOLOG RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	1	GC
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN	2	
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN, 4 MG/3ML SOLN PEN	2	
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	2	
<i>pioglitazone hcl 15 mg tab</i>	1	QL (90 per 30 days); GC
<i>pioglitazone hcl 30 mg tab</i>	1	QL (45 per 30 days); GC
<i>pioglitazone hcl 45 mg tab</i>	1	QL (30 per 30 days); GC
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl 15-500 mg tab, 15-850 mg tab</i>	1	QL (90 per 30 days); GC
<i>repaglinide 0.5 mg tab</i>	2	QL (960 per 30 days)
<i>repaglinide 1 mg tab</i>	2	QL (480 per 30 days)
<i>repaglinide 2 mg tab</i>	2	QL (240 per 30 days)
SYMLINPEN 120 2700 MCG/2.7ML SOLN PEN	4	PA; QL (11 per 30 days); NEDS
SYMLINPEN 60 1500 MCG/1.5ML SOLN PEN	4	PA; QL (6 per 30 days); NEDS
SYNJARDY 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB	2	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	2	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR 5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H	2	QL (60 per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	2	
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	2	
TRADJENTA 5 MG TAB	3	QL (30 per 30 days)
TRULICITY 0.75 MG/0.5ML SOLN PEN, 1.5 MG/0.5ML SOLN PEN, 3 MG/0.5ML SOLN PEN, 4.5 MG/0.5ML SOLN PEN	2	QL (2 per 28 days)
VICTOZA 18 MG/3ML SOLN PEN	2	QL (9 per 30 days)
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
<i>anagrelide hcl 0.5 mg cap, 1 mg cap</i>	2	
<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h</i>	3	QL (60 per 30 days)
BRILINTA 60 MG TAB, 90 MG TAB	3	QL (60 per 30 days)
<i>cilostazol 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	GC
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	1	QL (30 per 30 days); GC
<i>dabigatran etexilate mesylate 75 mg cap, 150 mg cap</i>	3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS 2.5 MG TAB, 5 MG TAB	2	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	2	QL (74 per 180 over time)
<i>enoxaparin sodium 100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr</i>	3	QL (56 per 28 days)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr</i>	3	QL (16.8 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr</i>	3	QL (22.4 per 28 days)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr</i>	3	QL (33.6 per 28 days)
<i>enoxaparin sodium 80 mg/0.8ml soln prsyr, 120 mg/0.8ml soln prsyr</i>	3	QL (44.8 per 28 days)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	4	QL (24 per 30 days); NEDS
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	3	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>	4	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	4	QL (18 per 30 days); NEDS
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	4	PA; QL (1.2 per 28 days); NM; NEDS
GRANIX 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/1.6ML SOLUTION	4	PA; NM; NEDS
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution</i>	2	B/D PA
<i>jantoven 1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	GC
NEULASTA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	4	PA; QL (1.2 per 28 days); NM; NEDS
NIVESTYM 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION	4	PA; NM; NEDS
PRADAXA 75 MG CAP, 110 MG CAP, 150 MG CAP	3	QL (60 per 30 days)
<i>prasugrel hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days)
PROCRIT 2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION	2	PA; NM
PROMACTA 12.5 MG PACKET	4	PA; LA; QL (360 per 30 days); NM; NEDS
PROMACTA 12.5 MG TAB, 25 MG TAB	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
PROMACTA 25 MG PACKET	4	PA; LA; QL (180 per 30 days); NM; NEDS
PROMACTA 50 MG TAB	4	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
PROMACTA 75 MG TAB	4	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
RETACRIT 2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION	2	PA; QL (12 per 28 days); NM
RETACRIT 40000 UNIT/ML SOLUTION	4	PA; QL (12 per 28 days); NM; NEDS
<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
warfarin sodium 1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab	1	GC
XARELTO 10 MG TAB, 20 MG TAB	2	QL (30 per 30 days)
XARELTO 2.5 MG TAB, 15 MG TAB	2	QL (60 per 30 days)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	2	
ZARXIO 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR	4	PA; NM; NEDS
CARDIOVASCULAR AGENTS		
acebutolol hcl 200 mg cap, 400 mg cap	1	GC
acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab	1	GC
afeditab cr 60 mg tab er 24h	1	GC
aliskiren fumarate 150 mg tab, 300 mg tab	3	
amiloride hcl 5 mg tab	1	GC
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab	1	GC
amiodarone hcl 100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab	1	GC
amlodipine besy-benazepril hcl 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap, 10-20 mg cap, 10-40 mg cap	1	GC
amlodipine besylate 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab	1	GC
atenolol 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab	1	GC
atenolol-chlorthalidone 50-25 mg tab, 100-25 mg tab	1	GC
atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	GC
benazepril hcl 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab	1	GC
benazepril-hydrochlorothiazide 5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab	1	GC
betaxolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab	1	GC
bisoprolol fumarate 5 mg tab, 10 mg tab	1	GC
bisoprolol-hydrochlorothiazide 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab	1	GC
bumetanide 0.25 mg/ml solution, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	GC
BYSTOLIC 2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB	2	
candesartan cilexetil 16 mg tab	3	
captopril 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab	1	GC
cartia xt 120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h	1	GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>carvedilol 3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab</i>	1	GC
<i>chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	GC
<i>cholestyramine 4 gm packet, 4 gm/dose powder</i>	2	
<i>cholestyramine light 4 gm packet, 4 gm/dose powder</i>	2	
<i>clonidine 0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk</i>	3	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab</i>	1	GC
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	1	GC
CORLANOR 5 MG TAB, 7.5 MG TAB	3	PA; QL (60 per 30 days)
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	3	PA; QL (560 per 28 days)
<i>digitek 125 mcg tab</i>	1	GC
<i>digitek 250 mcg tab</i>	1	PA; GC
<i>digox 125 mcg tab</i>	1	GC
<i>digox 250 mcg tab</i>	1	PA; GC
<i>digoxin 0.05 mg/ml solution, 125 mcg tab</i>	1	GC
<i>digoxin 250 mcg tab</i>	1	PA; GC
<i>diltiazem hcl 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab</i>	1	GC
<i>diltiazem hcl er 60 mg cap er 12h, 90 mg cap er 12h, 120 mg cap er 12h, 120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h</i>	1	GC
<i>diltiazem hcl er beads 120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h</i>	1	GC
<i>diltiazem hcl er coated beads 120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h</i>	1	GC
<i>dilt-xr 120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h</i>	1	GC
<i>disopyramide phosphate 100 mg cap, 150 mg cap</i>	2	PA
<i>dofetilide 125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap</i>	3	NM
<i>doxazosin mesylate 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	1	GC
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	3	PA; QL (90 per 30 days); NM
<i>droxidopa 200 mg cap, 300 mg cap</i>	4	PA; QL (180 per 30 days); NM; NEDS
<i>enalapril maleate 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	GC
<i>enalapril-hydrochlorothiazide 5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab</i>	1	GC
ENTRESTO 24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>eplerenone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	
<i>ethacrynic acid 25 mg tab</i>	3	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	1	GC
<i>ezetimibe-simvastatin 10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>felodipine er 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h, 10 mg tab er 24h</i>	1	GC
<i>fenofibrate 54 mg tab, 67 mg cap, 134 mg cap, 160 mg tab, 200 mg cap</i>	1	GC
<i>fenofibrate micronized 43 mg cap, 67 mg cap, 130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap</i>	1	GC
<i>flecainide acetate 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab</i>	2	
<i>fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium-hctz 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab</i>	1	GC
<i>furosemide 8 mg/ml solution, 10 mg/ml solution, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	GC
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	1	GC
<i>hydralazine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	GC
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	GC
<i>indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	GC
<i>irbesartan 75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab</i>	1	GC
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab</i>	1	GC
<i>isosorbide dinitrate 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i>	1	GC
<i>isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	GC
<i>isosorbide mononitrate er 30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 120 mg tab er 24h</i>	1	GC
JUXTAPID 30 MG CAP	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
JUXTAPID 5 MG CAP, 10 MG CAP, 20 MG CAP	4	PA; LA; NM; NEDS
<i>labetalol hcl 100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab</i>	1	GC
<i>lisinopril 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab</i>	1	GC
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab</i>	1	GC
<i>losartan potassium 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	GC
<i>losartan potassium-hctz 50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab</i>	1	GC
<i>lovastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	GC
<i>metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>metoprolol succinate er 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h, 100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h</i>	1	GC
<i>metoprolol tartrate 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	GC
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab</i>	1	GC
<i>metirosine 250 mg cap</i>	4	NEDS
<i>mexiletine hcl 150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap</i>	1	GC
<i>midodrine hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	
<i>minoxidil 2.5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	GC
MULTAQ 400 MG TAB	3	QL (60 per 30 days)
<i>nadolol 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	GC
<i>nebivolol hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er, 750 mg tab er, 1000 mg tab er</i>	3	
<i>nicardipine hcl 20 mg cap, 30 mg cap</i>	1	GC
<i>nifedipine er 30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h</i>	1	GC
<i>nifedipine er osmotic release 30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h</i>	1	GC
<i>nitroglycerin 0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr</i>	1	GC
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	3	
<i>olmesartan medoxomil-hctz 20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab</i>	3	
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	2	
<i>pacerone 100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab</i>	1	GC
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	1	GC
<i>pindolol 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	GC
PRALUENT 75 MG/ML SOLN A-INJ, 150 MG/ML SOLN A-INJ	3	PA; QL (2 per 28 days)
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	GC
<i>prazosin hcl 1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	GC
<i>prevalite 4 gm packet, 4 gm/dose powder</i>	2	
<i>propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab</i>	2	
<i>propafenone hcl er 225 mg cap er 12h, 325 mg cap er 12h, 425 mg cap er 12h</i>	3	
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 20 mg/5ml solution, 40 mg tab, 40 mg/5ml solution, 60 mg tab, 80 mg tab</i>	1	GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>propranolol hcl er 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h, 120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h</i>	2	
<i>quinapril hcl 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab</i>	1	GC
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab er</i>	2	
<i>quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab</i>	1	GC
<i>ramipril 1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap</i>	1	GC
<i>ranolazine er 500 mg tab er 12h, 1000 mg tab er 12h</i>	3	PA
RECTIV 0.4 % OINTMENT	3	QL (30 per 30 days)
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	2	PA; QL (3 per 28 days)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	2	PA; QL (3.5 per 28 days)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	2	PA; QL (3 per 28 days)
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	GC
<i>simvastatin 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	GC
SOAANZ 20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB	1	GC
<i>sorine 80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab</i>	1	GC
<i>sotalol hcl (af) 80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab</i>	1	GC
<i>sotalol hcl 80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab</i>	1	GC
<i>spironolactone 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	GC
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	1	GC
<i>taztia xt 120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h</i>	1	GC
TEKTURN HCT 150-12.5 MG TAB, 150-25 MG TAB, 300-12.5 MG TAB, 300-25 MG TAB	3	
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap</i>	1	GC
<i>tiadylt er 120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h</i>	1	GC
<i>timolol maleate 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	GC
<i>torseamide 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab</i>	1	GC
<i>trandolapril 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab</i>	1	GC
<i>triamterene-hctz 37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab</i>	1	GC
<i>valsartan 40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab</i>	1	GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
valsartan-hydrochlorothiazide 80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab	1	GC
VASCEPA 0.5 GM CAP, 1 GM CAP	3	
verapamil hcl 40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab	1	GC
verapamil hcl er 100 mg cap er 24h, 120 mg cap er 24h, 120 mg tab er, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er, 200 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h	1	GC
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
amphetamine-dextroamphet er 5 mg cap er 24h, 10 mg cap er 24h, 15 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 25 mg cap er 24h, 30 mg cap er 24h	3	PA; QL (30 per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab	2	PA; QL (60 per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 12.5 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab	2	PA; QL (90 per 30 days)
atomoxetine hcl 10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap	3	QL (60 per 30 days)
atomoxetine hcl 60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap	3	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO 6 MG TAB, 9 MG TAB, 12 MG TAB	4	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
AVONEX PEN 30 MCG/0.5ML AUT-IJ KIT	4	PA; QL (4 per 28 days); NM; NEDS
AVONEX PREFILLED 30 MCG/0.5ML PREF SY KIT	4	PA; QL (4 per 28 days); NM; NEDS
BETASERON 0.3 MG KIT	4	PA; QL (15 per 30 days); NM; NEDS
COPAXONE 20 MG/ML SOLN PRSYR	4	PA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
COPAXONE 40 MG/ML SOLN PRSYR	4	PA; QL (12 per 28 days); NM; NEDS
dalfampridine er 10 mg tab er 12h	2	PA; QL (60 per 30 days); NM
dexmethylphenidate hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab	2	QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine sulfate 10 mg tab	1	QL (180 per 30 days); GC
dextroamphetamine sulfate 5 mg tab	1	QL (90 per 30 days); GC
dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap er 24h	2	QL (120 per 30 days)
dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap er 24h, 10 mg cap er 24h	2	QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR, 60 MG CAP DR	3	QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR, 40 MG CAP DR	3	QL (30 per 30 days)
duloxetine hcl 20 mg cp dr part	1	QL (180 per 30 days); GC
duloxetine hcl 30 mg cp dr part	1	QL (120 per 30 days); GC
duloxetine hcl 40 mg cp dr part	1	QL (90 per 30 days); GC
duloxetine hcl 60 mg cp dr part	1	QL (60 per 30 days); GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
GILENYA 0.5 MG CAP	4	PA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
<i>guanfacine hcl er 1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h</i>	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	PA; QL (90 per 30 days); GC
<i>methylphenidate hcl er (cd) 10 mg cap er, 20 mg cap er, 30 mg cap er, 40 mg cap er, 60 mg cap er</i>	2	PA; QL (30 per 30 days)
NUEDEXTA 20-10 MG CAP	4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	1	QL (900 per 30 days); GC
<i>pregabalin 200 mg cap</i>	1	QL (90 per 30 days); GC
<i>pregabalin 225 mg cap, 300 mg cap</i>	1	QL (60 per 30 days); GC
<i>pregabalin 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap</i>	1	GC
<i>riluzole 50 mg tab</i>	2	NM
TECFIDERA 120 & 240 MG MISC	4	PA; LA; NM; NEDS
TECFIDERA 120 MG CAP DR	4	PA; LA; QL (14 per 7 days); NM; NEDS
TECFIDERA 240 MG CAP DR	4	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	4	PA; QL (240 per 30 days); NM; NEDS
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	4	PA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
<i>zenzedi 10 mg tab</i>	1	QL (180 per 30 days); GC
<i>zenzedi 5 mg tab</i>	1	QL (90 per 30 days); GC
DENTAL AND ORAL AGENTS		
<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	2	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	1	GC
<i>clinpro 5000 1.1 % paste</i>	3	
<i>denta 5000 plus 1.1 % cream</i>	3	
<i>dentagel 1.1 % gel</i>	3	
<i>fluoridex 1.1 % paste</i>	3	
<i>fluoridex enhanced whitening 1.1 % paste</i>	3	
<i>fluorimax 5000 1.1 % paste</i>	3	
<i>just right 5000 1.1 % gel, 1.1 % paste</i>	3	
<i>oralone 0.1 % paste</i>	1	GC
<i>periogard 0.12 % solution</i>	1	GC
<i>pilocarpine hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	3	
<i>sf 1.1 % gel</i>	3	
<i>sf 5000 plus 1.1 % cream</i>	3	
<i>sodium fluoride 0.2 % solution, 1.1 % cream, 1.1 % gel</i>	3	
<i>sodium fluoride 5000 enamel 1.1-5 % gel</i>	3	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>sodium fluoride 5000 plus 1.1 % cream</i>	3	
<i>sodium fluoride 5000 ppm 1.1 % cream, 1.1 % gel, 1.1 % paste</i>	3	
<i>sodium fluoride 5000 sensitive 1.1-5 % gel</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	1	GC
DERMATOLOGICAL AGENTS		
<i>accutane 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	3	
<i>acitretin 10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap</i>	3	
<i>ala-cort 1 % cream, 2.5 % cream</i>	1	GC
<i>alclometasone dipropionate 0.05 % ointment</i>	1	GC
<i>amcinonide 0.1 % cream, 0.1 % lotion</i>	1	GC
AMCINONIDE 0.1 % OINTMENT	2	
<i>ammonium lactate 12 % cream, 12 % lotion</i>	1	GC
<i>amnestem 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap</i>	3	
<i>avita 0.025 % cream</i>	1	PA; QL (45 per 30 days); GC
<i>avita 0.025 % gel</i>	2	PA; QL (45 per 30 days)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % cream, 0.05 % lotion</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % ointment</i>	2	
<i>betamethasone valerate 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment</i>	2	
<i>calcipotriene 0.005 % cream</i>	3	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene 0.005 % ointment</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene 0.005 % solution</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	3	QL (120 per 30 days)
<i>ciclodan 8 % solution</i>	1	GC
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	1	GC
<i>claravis 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	3	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1-5 % gel, 1.2-5 % gel</i>	2	
<i>clindamycin phosphate 1 % lotion, 1 % solution</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>clobetasol propionate 0.05 % gel</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate 0.05 % ointment</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>clobetasol propionate 0.05 % solution</i>	2	QL (50 per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion</i>	2	
DENAVIR 1 % CREAM	4	QL (5 per 30 days); NEDS
<i>desonide 0.05 % cream, 0.05 % ointment</i>	2	
<i>desoximetasone 0.05 % cream, 0.25 % cream</i>	2	QL (100 per 30 days)
<i>desoximetasone 0.05 % gel</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	3	PA; QL (100 per 30 days)
<i>ery 2 % pad</i>	1	GC
<i>erythromycin 2 % gel, 2 % solution</i>	1	GC
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % cream, 0.01 % solution, 0.025 % cream, 0.025 % ointment</i>	3	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>fluocinonide 0.1 % cream</i>	3	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>fluorouracil 0.5 % cream</i>	4	NEDS
<i>fluorouracil 2 % solution, 5 % cream, 5 % solution</i>	2	
<i>fluticasone propionate 0.005 % ointment, 0.05 % cream</i>	1	GC
<i>fluticasone propionate 0.05 % lotion</i>	3	
<i>halobetasol propionate 0.05 % cream, 0.05 % ointment</i>	3	
<i>hydrocortisone (perianal) 1 % cream, 2.5 % cream</i>	1	GC
<i>hydrocortisone 1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % ointment</i>	1	GC
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % cream</i>	3	
<i>imiquimod 3.75 % cream</i>	4	NEDS
<i>imiquimod 5 % cream</i>	3	
<i>imiquimod pump 3.75 % cream</i>	3	
<i>isotretinoin 10 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 30 mg cap, 35 mg cap, 40 mg cap</i>	3	
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	3	
<i>methoxsalen rapid 10 mg cap</i>	4	NM; NEDS
<i>mometasone furoate 0.1 % solution</i>	1	GC
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
<i>mupirocin calcium 2 % cream</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>myorisan 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	3	
<i>neuac 1.2-5 % gel</i>	2	
<i>nystatin-triamcinolone 100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment</i>	2	
<i>permethrin 5 % cream</i>	2	
<i>pimecrolimus 1 % cream</i>	2	PA; QL (100 per 30 days)
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	1	GC
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	1	GC
<i>procto-pak 1 % cream</i>	1	GC
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	1	GC
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	1	GC
REGGRANEX 0.01 % GEL	4	PA; NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	3	QL (30 per 30 days)
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	1	GC
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	1	GC
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	4	PA; QL (2.4 per 56 days); NEDS
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	4	PA; QL (10 per 28 days); NEDS
<i>ssd 1 % cream</i>	1	GC
<i>tacrolimus 0.03 % ointment, 0.1 % ointment</i>	3	PA; QL (100 per 30 days)
<i>tazarotene 0.1 % cream</i>	3	PA
TAZORAC 0.05 % CREAM, 0.05 % GEL, 0.1 % GEL	3	PA
<i>tretinoin 0.01 % gel, 0.025 % gel</i>	2	PA; QL (45 per 30 days)
<i>tretinoin 0.025 % cream, 0.05 % cream, 0.1 % cream</i>	1	PA; QL (45 per 30 days); GC
<i>tretinoin microsphere 0.04 % gel, 0.1 % gel</i>	2	PA; QL (50 per 30 days)
<i>tretinoin microsphere pump 0.04 % gel, 0.1 % gel</i>	2	PA; QL (50 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide 0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment</i>	1	GC
<i>triderm 0.1 % cream, 0.5 % cream</i>	1	GC
VEREGEN 15 % OINTMENT	4	NEDS
<i>zenatane 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	3	
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS		
AMINOSYN-PF 7 % SOLUTION	3	B/D PA
<i>calcium acetate (phos binder) 667 mg cap</i>	2	
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	4	PA; LA; NEDS
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) 2.75 % SOLUTION	3	B/D PA
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) 4.25 % SOLUTION	3	B/D PA
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) 4.25 % SOLUTION	3	B/D PA
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) 5 % SOLUTION	3	B/D PA
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) 5 % SOLUTION	3	B/D PA
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) 8 % SOLUTION	3	B/D PA
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) 8 % SOLUTION	3	B/D PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) 4.25 % SOLUTION	3	B/D PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 4.25 % SOLUTION	3	B/D PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 5 % SOLUTION	3	B/D PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 5 % SOLUTION	3	B/D PA
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) 6 % SOLUTION	3	B/D PA
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) 8 % SOLUTION	3	B/D PA

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) 8 % SOLUTION	3	B/D PA
<i>clinisol sf 15 % solution</i>	3	B/D PA
CLINOLIPID 20 % EMULSION	2	B/D PA
<i>deferasirox 125 mg tab sol, 250 mg tab sol, 500 mg tab sol</i>	4	PA; NM; NEDS
<i>deferasirox 180 mg tab, 360 mg tab</i>	4	PA; NM; NEDS
<i>deferasirox 90 mg tab</i>	3	PA; NM
<i>deferiprone 1000 mg tab</i>	4	PA; NEDS
<i>deferiprone 500 mg tab</i>	4	PA; LA; NM; NEDS
<i>dextrose 10 % solution</i>	1	GC
<i>dextrose 5 % solution</i>	2	
<i>dextrose-nacl 5-0.2 % solution, 5-0.33 % solution, 5-0.9 % solution, 10-0.45 % solution</i>	1	GC
<i>dextrose-nacl 5-0.45 % solution, 10-0.2 % solution</i>	2	
<i>dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.9 % solution</i>	1	GC
<i>dextrose-sodium chloride 5-0.225 % solution, 5-0.45 % solution</i>	2	
FERRIPROX 1000 MG TAB	4	PA; LA; NM; NEDS
FERRIPROX TWICE-A-DAY 1000 MG TAB	4	PA; LA; NM; NEDS
<i>folic acid 1 mg tab</i>	1	GC; ED
FREAMINE III 10 % SOLUTION	3	B/D PA
<i>hepatamine 8 % solution</i>	3	B/D PA
INTRALIPID 20 % EMULSION, 30 % EMULSION	2	B/D PA
ISOLYTE-P IN D5W SOLUTION	2	
ISOLYTE-S SOLUTION	2	
KCL IN DEXTROSE-NACL 10-5-0.45 MEQ/L-%-% SOLUTION, 20-5-0.2 MEQ/L-%-% SOLUTION, 20-5-0.45 MEQ/L-%-% SOLUTION, 20-5-0.9 MEQ/L-%-% SOLUTION, 30-5-0.45 MEQ/L-%-% SOLUTION, 40-5-0.45 MEQ/L-%-% SOLUTION, 40-5-0.9 MEQ/L-%-% SOLUTION	2	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	2	
<i>klor-con 10 10 meq tab er</i>	1	GC
<i>klor-con 8 tab er, 20 packet</i>	1	GC
<i>klor-con m10 10 meq tab er</i>	1	GC
<i>klor-con m15 15 meq tab er</i>	1	GC
<i>klor-con m20 20 meq tab er</i>	1	GC
<i>lanthanum carbonate 500 mg chew tab, 750 mg chew tab, 1000 mg chew tab</i>	3	
<i>levocarnitine (dietary) 1 gm/10ml solution</i>	1	GC
<i>levocarnitine 1 gm/10ml solution</i>	1	B/D PA; GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>levocarnitine 330 mg tab</i>	2	B/D PA
<i>levocarnitine sf 1 gm/10ml solution</i>	1	B/D PA; GC
LOKELMA 5 GM PACKET, 10 GM PACKET	3	
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	1	GC
NUTRILIPID 20 % EMULSION	2	B/D PA
PLASMA-LYTE 148 SOLUTION	2	
PLASMA-LYTE A SOLUTION	2	
<i>plenamine 15 % solution</i>	3	B/D PA
<i>potassium chloride 10 meq cap er</i>	1	GC
<i>potassium chloride 10 meq tab er</i>	1	GC
<i>potassium chloride 2 meq/ml solution, 10 % solution, 10 meq/100ml solution, 20 meq packet, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/100ml solution, 40 meq/15ml (20%) solution</i>	1	GC
<i>potassium chloride 20 meq tab er</i>	1	GC
<i>potassium chloride 8 meq cap er</i>	1	GC
<i>potassium chloride 8 meq tab er</i>	1	GC
<i>potassium chloride crys 10 meq tab er</i>	1	GC
<i>potassium chloride crys 20 meq tab er</i>	1	GC
<i>potassium chloride crys er 15 meq tab er</i>	1	GC
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	2	
<i>potassium citrate 10 meq (1080 mg) tab er</i>	2	
<i>potassium citrate 15 meq (1620 mg) tab er</i>	2	
<i>potassium citrate 5 meq (540 mg) tab er</i>	2	
PREMASOL 10 % SOLUTION	3	B/D PA
PROCALAMINE 3 % SOLUTION	3	B/D PA
PROSOL 20 % SOLUTION	3	B/D PA
<i>sevelamer carbonate 0.8 gm packet, 800 mg tab</i>	3	QL (540 per 30 days)
<i>sevelamer carbonate 2.4 gm packet</i>	3	QL (180 per 30 days)
<i>sodium chloride 0.45 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution</i>	1	GC
<i>sodium chloride 0.9 % solution</i>	2	
<i>sodium chloride solution 0.9% irrigation</i>	1	GC
<i>sodium fluoride 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	1	GC
<i>sodium fluoride 2.2 mg</i>	1	GC
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	1	GC
<i>sps 15 gm/60ml suspension</i>	1	GC
TPN ELECTROLYTES CONC	2	
TRAVASOL 10 % SOLUTION	3	B/D PA
<i>trientine hcl 250 mg cap</i>	4	NM; NEDS
TROPHAMINE 10 % SOLUTION	3	B/D PA
VELPHORO 500 MG CHEW TAB	4	QL (180 per 30 days); NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
GASTROINTESTINAL AGENTS		
<i>alosetron hcl 0.5 mg tab</i>	3	PA; QL (60 per 30 days)
<i>alosetron hcl 1 mg tab</i>	4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>cimetidine 200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	1	GC
<i>cimetidine hcl 300 mg/5ml solution, 400 mg/6.67ml solution</i>	1	GC
<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	1	GC
<i>dicyclomine hcl 10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 20 mg tab</i>	1	GC
<i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab, 2.5-0.025 mg/5ml liquid</i>	1	GC
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	1	GC
<i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>	1	ST; QL (30 per 30 days); GC
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	1	QL (30 per 30 days); GC
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	1	GC; OTC
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	GC
GATTEX 5 MG KIT	4	PA; LA; NM; NEDS
<i>gavilyte-c 240 gm recon soln</i>	1	GC
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	1	GC
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	1	GC
<i>glycopyrrolate 1 mg tab, 2 mg tab</i>	2	
<i>hyoscyamine sulfate 0.125 mg sl tab, 0.125 mg tab, 0.125 mg tab disp</i>	2	
LACTULOSE 10 GM PACKET	4	NEDS
<i>lactulose 10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution</i>	1	GC
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	1	GC
<i>lansoprazole 15 mg tab dr disp</i>	2	OTC
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	1	QL (30 per 30 days); GC
<i>lansoprazole 30 mg tab dr disp</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	1	GC; OTC
LINZESS 72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP	3	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	1	GC
<i>lubiprostone 8 mcg cap, 24 mcg cap</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>methscopolamine bromide 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	2	
MOVANTIK 12.5 MG TAB, 25 MG TAB	3	QL (30 per 30 days)
MYALEPT 11.3 MG RECON SOLN	4	PA; LA; NM; NEDS
MYTESI 125 MG TAB DR	4	NM; NEDS
<i>nizatidine 150 mg cap, 300 mg cap</i>	1	GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
OALIVA 5 MG TAB, 10 MG TAB	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr</i>	1	GC
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>	1	GC; OTC
<i>omeprazole oral tablet delayed release 20 mg</i>	1	GC; OTC
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr, 40 mg tab dr</i>	1	GC
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	1	GC
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	1	QL (30 per 30 days); GC
RELISTOR 12 MG/0.6ML SOLUTION	4	PA; QL (18 per 30 days); NEDS
RELISTOR 150 MG TAB	4	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
RELISTOR 8 MG/0.4ML SOLUTION	4	PA; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	1	GC
<i>ursodiol 250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab</i>	2	
VIBERZI 75 MG TAB, 100 MG TAB	4	PA; NEDS
XERMELO 250 MG TAB	4	PA; LA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
ARALAST NP 500 MG RECON SOLN, 1000 MG RECON SOLN	4	PA; LA; NM; NEDS
<i>betaine powder</i>	4	LA; NEDS
CHOLBAM 50 MG CAP, 250 MG CAP	4	PA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
CREON 3000-9500 CP DR PART, 6000 CP DR PART, 12000 CP DR PART, 24000-76000 CP DR PART, 36000 CP DR PART	2	
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	3	
CYSTADANE POWDER	4	LA; NM; NEDS
CYSTAGON 50 MG CAP, 150 MG CAP	3	LA; NM
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	4	LA; NM; NEDS
GLASSIA 1000 MG/50ML SOLUTION	4	PA; LA; NM; NEDS
<i>javygtor 100 mg packet</i>	4	PA; NEDS
KEVEYIS 50 MG TAB	4	PA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
<i>nitisinone 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap</i>	4	PA; NM; NEDS
NITYR 2 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB	4	PA; LA; NM; NEDS
ORFADIN 20 MG CAP	4	PA; LA; NM; NEDS
ORFADIN 4 MG/ML SUSPENSION	3	PA; LA; NM
PROLASTIN-C 1000 MG RECON SOLN, 1000 MG/20ML SOLUTION	4	PA; LA; NM; NEDS
RAVICTI 1.1 GM/ML LIQUID	4	PA; LA; QL (525 per 30 days); NM; NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>sapropterin dihydrochloride 100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet</i>	4	PA; NM; NEDS
<i>sodium phenylbutyrate 3 gm/tsp powder</i>	1	PA; NM; GC
<i>sodium phenylbutyrate 500 mg tab</i>	4	PA; NM; NEDS
SUCRAID 8500 UNIT/ML SOLUTION	4	LA; NM; NEDS
ZEMAIRA 1000 MG RECON SOLN	4	PA; LA; NM; NEDS
ZENPEP 3000-10000 CP DR PART, 5000-24000 CP DR PART, 10000-32000 CP DR PART, 15000-47000 CP DR PART, 20000-63000 CP DR PART, 25000-79000 CP DR PART, 40000-126000 CP DR PART	2	
GENITOURINARY AGENTS		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h</i>	1	GC
<i>bethanechol chloride 5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	
CAVERJECT 40 MCG RECON SOLN	3	QL (6 per 30 days); ED
CAVERJECT IMPULSE 10 MCG KIT, 20 MCG KIT	3	QL (6 per 30 days); ED
CIALIS 10 MG TAB, 20 MG TAB	2	QL (4 per 30 days); ED
<i>darifenacin hydrobromide er 7.5 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>	2	QL (30 per 30 days)
ELMIRON 100 MG CAP	3	
<i>finasteride 5 mg tab</i>	1	GC
<i>flavoxate hcl 100 mg tab</i>	1	GC
MUSE 250 MCG PELLETT, 500 MCG PELLETT, 1000 MCG PELLETT	3	QL (6 per 30 days); ED
MYRBETRIQ 25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H	3	QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>	1	QL (120 per 30 days); GC
<i>oxybutynin chloride 5 mg/5ml syrup</i>	1	QL (600 per 30 days); GC
<i>oxybutynin chloride er 10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er 5 mg tab er 24h</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	4	NM; NEDS
<i>sildenafil citrate 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	QL (10 per 30 days); GC; ED
<i>solifenacin succinate 5 mg tab, 10 mg tab</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>tadalafil 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	QL (10 per 30 days); GC; ED
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	1	GC
<i>tolterodine tartrate er 2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>varденаfil hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	QL (10 per 30 days); GC; ED

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
VIAGRA 25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB	2	QL (4 per 30 days); ED
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
<i>alclometasone dipropionate 0.05 % cream</i>	1	GC
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % ointment</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream, 0.05 % lotion</i>	2	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>desonide 0.05 % lotion</i>	2	
<i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	1	GC
<i>dexamethasone 1.5 mg (21) tab thpk, 1.5 mg (35) tab thpk, 1.5 mg (51) tab thpk</i>	3	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	GC
HEMADY 20 MG TAB	3	
<i>hidex 6-day 1.5 mg (21) tab thpk</i>	3	
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % ointment</i>	3	
KORLYM 300 MG TAB	4	PA; LA; NM; NEDS
<i>methylprednisolone 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab</i>	1	GC
MILLIPRED 5 MG TAB	2	
<i>mometasone furoate 0.1 % cream, 0.1 % ointment</i>	1	GC
<i>prednicarbate 0.1 % ointment</i>	1	GC
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	1	GC
<i>prednisolone sodium phosphate 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 30 mg tab disp</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate 6.7 (5 base) mg/5ml solution, 10 mg/5ml solution, 20 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution</i>	1	GC
<i>prednisone 1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab</i>	1	GC
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	2	
<i>taperdex 6-day 1.5 mg (21) tab thpk, 1.5 mg tab thpk</i>	3	
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
<i>desmopressin ace spray refig 0.01 % solution</i>	2	
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tab, 0.2 mg tab</i>	2	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i>	3	
EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLN	4	PA; LA; NM; NEDS
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	4	PA; LA; NM; NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
NORDITROPIN FLEXPOR 5 MG/1.5ML SOLN PEN, 10 MG/1.5ML SOLN PEN, 15 MG/1.5ML SOLN PEN, 30 MG/3ML SOLN PEN	4	PA; NM; NEDS
OMNITROPE 5 MG/1.5ML SOLN CART, 10 MG/1.5ML SOLN CART	4	PA; LA; NM; NEDS
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLN	3	PA; LA; NM
ZORBTIVE 8.8 MG RECON SOLN	3	PA; NM
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PROSTAGLANDINS)		
<i>misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab</i>	2	
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>amabelz 0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab</i>	3	PA
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>aurovela 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	1	GC
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	1	GC
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>camila 0.35 mg tab</i>	1	GC
<i>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i>	1	GC
<i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>danazol 50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap</i>	2	
<i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	1	GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	3	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	1	GC
<i>desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg tab</i>	1	GC
DUAVEE 0.45-20 MG TAB	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	3	
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	1	GC
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	1	GC
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>estradiol 0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw</i>	3	PA; QL (8 per 28 days)
<i>estradiol 0.1 mg/gm cream, 10 mcg tab</i>	3	
<i>estradiol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	GC
<i>estradiol valerate 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil</i>	3	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 tab, 1-50 tab</i>	1	GC
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	3	
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>gianvi 3-0.02 mg tab</i>	1	GC
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>heather 0.35 mg tab</i>	1	GC
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	1	GC
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	1	GC
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	1	GC
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	1	GC
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	1	GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>larissia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	1	GC
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad 0.1-20 tab, 0.15-30 tab</i>	1	GC
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	1	GC
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	1	GC
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	1	GC
<i>lutra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	1	GC
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	1	GC
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>medroxyprogesterone acetate 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension</i>	1	GC
<i>megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab</i>	2	PA
<i>megestrol acetate 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension</i>	2	PA
<i>megestrol acetate 625 mg/5ml suspension</i>	3	PA
MENEST 0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB	3	PA
<i>methyltestosterone 10 mg cap</i>	4	NEDS
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>microgestin 24 fe 1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	1	GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	1	GC
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	1	GC
<i>norethin ace-eth estrad-fe 1-20 tab, 1.5-30 tab</i>	1	GC
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	1	GC
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	1	GC
<i>norethindrone acet-ethinyl est 1-20 tab, 1.5-30 tab</i>	1	GC
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	1	GC
<i>norlyda 0.35 mg tab</i>	1	GC
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	1	GC
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>orsythia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
OSPHENA 60 MG TAB	3	
<i>oxandrolone 10 mg tab</i>	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>oxandrolone 2.5 mg tab</i>	2	PA; QL (240 per 30 days)
<i>pimtreea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	1	GC
<i>pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	GC
PREMARIN 0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB	3	PA
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	3	
PREMPRO 0.45-1.5 MG TAB, 0.625-2.5 MG TAB, 0.625-5 MG TAB	3	PA
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	1	GC
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	1	GC
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
TESTOPEL 75 MG PELLET	3	NM
<i>testosterone 1.62 % gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel</i>	3	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone 10 mg/act (2%) gel</i>	3	PA; QL (120 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los simbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel</i>	3	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel</i>	3	PA; QL (112.5 per 30 days)
<i>testosterone 30 mg/act solution</i>	3	PA; QL (180 per 30 days)
<i>testosterone cypionate 100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution</i>	1	PA; GC
<i>testosterone enanthate 200 mg/ml solution</i>	1	PA; GC
<i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	1	GC
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	1	GC
<i>tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	1	GC
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	1	GC
<i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	1	GC
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	1	GC
<i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	1	GC
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	1	GC
TYBLUME 0.1-20 MG-MCG CHEW TAB	1	GC
<i>velivet 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i>	1	GC
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>violele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	1	GC
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	1	GC
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>yuvaferm 10 mcg tab</i>	3	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
<i>zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	1	GC
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
<i>euthyrox 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab</i>	1	GC
<i>levo-t 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab</i>	1	GC
<i>levothyroxine sodium 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab</i>	1	GC
<i>levoxyl 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab</i>	1	GC
<i>liothyronine sodium 5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab</i>	1	GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
SYNTHROID 25 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB, 100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 300 MCG TAB	2	
<i>unithroid 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab</i>	1	GC
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL)		
LYSODREN 500 MG TAB	4	NM; NEDS
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY)		
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	2	
ELIGARD 7.5 MG KIT, 22.5 MG KIT	3	PA; NM
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 MG/VIAL RECON SOLN	4	PA; NM; NEDS
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	3	PA; NM
LANREOTIDE ACETATE 120 MG/0.5ML SOLUTION	4	PA; NM; NEDS
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	2	PA; NM
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 3.75 MG KIT	4	PA; QL (1 per 28 days); NM; NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 22.5 MG KIT	4	PA; QL (1 per 84 days); NM; NEDS
<i>octreotide acetate 50 mcg/ml soln prsyr, 50 mcg/ml solution, 100 mcg/ml soln prsyr, 100 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution</i>	3	PA; NM
<i>octreotide acetate 500 mcg/ml soln prsyr, 500 mcg/ml solution</i>	4	PA; NM; NEDS
ORGOVYX 120 MG TAB	4	PA; LA; QL (32 per 30 days); NM; NEDS
SIGNIFOR 0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION	4	PA; LA; NM; NEDS
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3ML SOLUTION, 120 MG/0.5ML SOLUTION	4	PA; NM; NEDS
SOMAVERT 10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN	4	PA; LA; NM; NEDS
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	4	PA; NM; NEDS
TRELSTAR MIXJECT 3.75 MG RECON SUSP, 11.25 MG RECON SUSP	4	PA; NM; NEDS
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)		
<i>methimazole 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	GC
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
ACTHIB RECON SOLN	2	
ACTIMMUNE 2000000 UNIT/0.5ML SOLUTION	4	PA; LA; NM; NEDS
ADACEL 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION	2	
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	4	PA; NM; NEDS
<i>azasan 75 mg tab, 100 mg tab</i>	2	B/D PA
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	1	B/D PA; GC
<i>azathioprine 75 mg tab, 100 mg tab</i>	2	B/D PA
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	3	
BENLYSTA 200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR	4	PA; NM; NEDS
BEXSERO SUSP PRSYR	3	
BOOSTRIX 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION	2	
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR	4	PA; LA; QL (8 per 28 days); NM; NEDS
COSENTYX 150 MG/ML SOLN PRSYR	4	PA; LA; QL (8 per 28 days); NM; NEDS
COSENTYX 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	4	PA; QL (2 per 28 days); NM; NEDS
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	4	PA; LA; QL (8 per 28 days); NM; NEDS
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	4	PA; LA; QL (8 per 28 days); NM; NEDS
<i>cyclosporine 25 mg cap, 100 mg cap</i>	2	B/D PA; NM
<i>cyclosporine modified 100 mg/ml solution</i>	2	B/D PA; NM
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap</i>	1	B/D PA; NM; GC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	2	
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	2	
ENBREL 25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR	4	PA; QL (8 per 28 days); NM; NEDS
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	4	PA; QL (4.08 per 28 days); NM; NEDS
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	4	PA; QL (4 per 28 days); NM; NEDS
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	4	PA; QL (8 per 28 days); NM; NEDS
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	4	PA; QL (8 per 28 days); NM; NEDS
ENGERIX-B 10 MCG/0.5ML SUSPENSION, 20 MCG/ML SUSPENSION	2	B/D PA
ENVARUSUS XR 0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H	3	B/D PA; NM
ENVARUSUS XR 4 MG TAB ER 24H	4	B/D PA; NM; NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>everolimus 0.25 mg tab</i>	3	B/D PA; NM
<i>everolimus 0.5 mg tab, 0.75 mg tab</i>	4	B/D PA; NM; NEDS
<i>everolimus 1 mg tab</i>	4	B/D PA; NEDS
GAMUNEX-C 1 GM/10ML SOLUTION	4	PA; NM; NEDS
GARDASIL 9 SUSP PRSYR, SUSPENSION	3	
<i>gengraf 100 mg/ml solution</i>	2	B/D PA; NM
<i>gengraf 25 mg cap, 100 mg cap</i>	1	B/D PA; NM; GC
HAEGARDA 2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN	4	PA; LA; NM; NEDS
HAVRIX 720 U/0.5ML SUSPENSION, 1440 U/ML SUSPENSION	2	
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	3	
HUMIRA 10 MG/0.1ML PREF SY KT, 20 MG/0.2ML PREF SY KT	4	PA; QL (2 per 28 days); NM; NEDS
HUMIRA 40 MG/0.4ML PREF SY KT, 40 MG/0.8ML PREF SY KT	4	PA; QL (4 per 28 days); NM; NEDS
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PREF SY KT	4	PA; QL (4 per 365 over time); NM; NEDS
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 80 MG/0.8ML PREF SY KT	4	PA; QL (6 per 365 over time); NM; NEDS
HUMIRA PEN 40 MG/0.4ML PEN KIT, 40 MG/0.8ML PEN KIT	4	PA; QL (4 per 28 days); NM; NEDS
HUMIRA PEN 80 MG/0.8ML PEN KIT	4	PA; QL (2 per 28 days); NM; NEDS
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER 40 MG/0.8ML PEN KIT	4	PA; QL (12 per 365 over time); NM; NEDS
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER 80 MG/0.8ML PEN KIT	4	PA; QL (6 per 365 over time); NM; NEDS
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START 80 MG/0.8ML PEN KIT	4	PA; QL (8 per 365 over time); NM; NEDS
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START 40 MG/0.8ML PEN KIT	4	PA; QL (8 per 365 over time); NM; NEDS
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PEN KIT	4	PA; QL (6 per 365 over time); NM; NEDS
HYPERRAB S/D 1500 UNIT/10ML SOLUTION	2	NM
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml solution</i>	4	PA; NM; NEDS
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML INJECTABLE	2	
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	2	
INTRON A 10000000 UNIT RECON SOLN	2	B/D PA; NM
INTRON A 18000000 UNIT RECON SOLN	3	B/D PA; NM
INTRON A 6000000 UNIT/ML SOLUTION, 10000000 UNIT/ML SOLUTION, 50000000 UNIT RECON SOLN	4	B/D PA; NM; NEDS
IPOL INJECTABLE	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
IXIARO SUSPENSION	2	
KEDRAB 1500 UNIT/10ML SOLUTION	2	NM
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION	3	
<i>leflunomide 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	
MENACTRA SOLUTION	3	
MENQUADFI SOLUTION	2	
MENVEO RECON SOLN	3	
<i>methotrexate 2.5 mg tab</i>	1	GC
<i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution</i>	1	NM; GC
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	1	GC
M-M-R II RECON SOLN	2	
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml recon susp</i>	4	B/D PA; NM; NEDS
<i>mycophenolate mofetil 250 mg cap, 500 mg tab</i>	2	B/D PA; NM
<i>mycophenolate sodium 180 mg tab dr, 360 mg tab dr</i>	3	B/D PA; NM
OCTAGAM 1 GM/20ML SOLUTION, 2 GM/20ML SOLUTION	4	PA; NM; NEDS
PEDIARIX SUSP PRSYR	2	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	2	
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 180 MCG/ML SOLUTION	4	NM; NEDS
PENTACEL RECON SUSP	3	
PREHEVBRIO 10 MCG/ML SUSPENSION	3	B/D PA
PRIORIX RECON SUSP	3	
PROGRAF 0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET	3	B/D PA; NM
PROQUAD RECON SUSP	2	
QUADRACEL 0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION	3	
RABAVERT RECON SUSP	2	
RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5ML SUSPENSION, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION	2	B/D PA
RIDAURA 3 MG CAP	4	NEDS
RINVOQ 15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H, 45 MG TAB ER 24H	4	PA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
ROTARIX RECON SUSP	2	
ROTATEQ SOLUTION	2	
<i>sajazir 30 mg/3ml solution</i>	4	PA; NM; NEDS
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	2	
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab</i>	3	B/D PA; NM
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT	4	PA; QL (6 per 365 over time); NM; NEDS

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	4	PA; QL (6 per 365 over time); NM; NEDS
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	4	PA; QL (6 per 365 over time); NM; NEDS
STELARA 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 90 MG/ML SOLN PRSYR	4	PA; QL (1 per 28 days); NM; NEDS
STELARA 45 MG/0.5ML SOLUTION	4	PA; LA; QL (1 per 28 days); NM; NEDS
<i>tacrolimus 0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap</i>	3	B/D PA; NM
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	2	
TENIVAC 5-2 LFU INJECTABLE	3	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR, 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	2	
TREXALL 5 MG TAB, 7.5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB	3	
TRUMENBA SUSP PRSYR	2	
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	2	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION	2	
VAQTA 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION, 50 UNIT/ML SUSPENSION	2	
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML INJECTABLE	2	
VARIZIG 125 UNIT/1.2ML SOLUTION	3	NM
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	3	NM
XOLAIR 150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN PRSYR	4	PA; LA; QL (8 per 28 days); NM; NEDS
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	4	PA; LA; QL (4 per 28 days); NM; NEDS
YF-VAX INJECTABLE	2	
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS		
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	2	
<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	3	
<i>budesonide er 9 mg tab er 24h</i>	4	PA; NEDS
<i>hydrocortisone 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg/60ml enema</i>	1	GC
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr, 400 mg cap dr, 800 mg tab dr</i>	3	
<i>mesalamine 4 gm enema</i>	1	GC
<i>mesalamine er 0.375 gm cap er 24h</i>	3	
<i>sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr</i>	1	GC
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	1	QL (30 per 30 days); GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>alendronate sodium 35 mg tab, 70 mg tab</i>	1	QL (4 per 28 days); GC
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	2	QL (4 per 30 days)
<i>calcitriol 0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap</i>	1	B/D PA; GC
<i>cinacalcet hcl 30 mg tab</i>	3	B/D PA; QL (60 per 30 days); NM
<i>cinacalcet hcl 60 mg tab</i>	4	B/D PA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
<i>cinacalcet hcl 90 mg tab</i>	4	B/D PA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
<i>doxercalciferol 0.5 mcg cap, 1 mcg cap, 2.5 mcg cap</i>	3	B/D PA
<i>ergocalciferol 1.25 mg (50000 ut) cap</i>	1	QL (4 per 28 days); GC; ED
FORTEO 600 MCG/2.4ML SOLN PEN	4	PA; QL (3 per 28 days); NM; NEDS
FOSAMAX PLUS D 70-2800 TAB, 70-5600 TAB	3	QL (4 per 28 days)
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	1	QL (1 per 28 days); GC
NATPARA 25 MCG CARTRIDGE, 50 MCG CARTRIDGE, 75 MCG CARTRIDGE, 100 MCG CARTRIDGE	4	PA; QL (2 per 28 days); NM; NEDS
<i>paricalcitol 1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap</i>	3	B/D PA
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	3	PA; QL (1 per 180 over time); NM
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	2	QL (1 per 28 days)
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	4	PA; QL (3 per 28 days); NM; NEDS
<i>vitamin d (ergocalciferol) 1.25 mg (50000 ut) cap, 50000 unit cap</i>	1	QL (4 per 28 days); GC; ED
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	4	PA; QL (5.1 per 28 days); NM; NEDS
<i>zoledronic acid 4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc</i>	2	PA; NM
<i>zoledronic acid 5 mg/100ml solution</i>	2	PA; NM
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ALCOHOL SWABS	2	OTC
GAUZE STERILE PADS 2	1	GC; OTC
INSULIN PEN NEEDLE	1	QL (200 per 30 days); GC; OTC
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML	1	QL (200 per 30 days); GC; OTC
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML	1	QL (200 per 30 days); GC; OTC
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML	1	QL (200 per 30 days); GC; OTC
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	1	QL (200 per 30 days); GC; OTC
TRODELVY 180 MG RECON SOLN	4	PA; NM; NEDS
OPHTHALMIC AGENTS		
<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	2	
ALOCRI 2 % SOLUTION	3	
ALOMIDE 0.1 % SOLUTION	3	
ALPHAGAN P 0.1 % SOLUTION	2	
<i>apraclonidine hcl 0.5 % solution</i>	2	
<i>atropine sulfate 1 % ointment, 1 % solution</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
AZASITE 1 % SOLUTION	3	
azelastine hcl 0.05 % solution	2	
bacitracin 500 unit/gm ointment	2	
bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment	2	
bepotastine besilate 1.5 % solution	3	
betaxolol hcl 0.5 % solution	2	
BETOPTIC-S 0.25 % SUSPENSION	2	
bimatoprost 0.03 % solution	2	
BLEPHAMIDE S.O.P. 10-0.2 % OINTMENT	3	
brimonidine tartrate 0.15 % solution, 0.2 % solution	1	GC
brinzolamide 1 % suspension	2	
carteolol hcl 1 % solution	1	GC
cromolyn sodium 4 % solution	1	GC
cyclopentolate hcl 1 % solution	2	
cyclosporine 0.05 % emulsion	3	QL (60 per 30 days)
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % solution	1	GC
diclofenac sodium 0.1 % solution	1	GC
difluprednate 0.05 % emulsion	3	
dorzolamide hcl 2 % solution	1	GC
dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution	1	GC
dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution	1	GC
epinastine hcl 0.05 % solution	2	
erythromycin 5 mg/gm ointment	1	QL (3.5 per 30 days); GC
fluorometholone 0.1 % suspension	2	
gatifloxacin 0.5 % solution	2	
gentak 0.3 % ointment	1	GC
gentamicin sulfate 0.3 % solution	1	GC
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	3	
IOPIDINE 1 % SOLUTION	3	
ISOPTO ATROPINE 1 % SOLUTION	2	
ketorolac tromethamine 0.4 % solution, 0.5 % solution	1	GC
LACRISERT 5 MG INSERT	3	QL (60 per 30 days)
latanoprost 0.005 % solution	1	GC
levobunolol hcl 0.5 % solution	1	GC
loteprednol etabonate 0.5 % suspension	2	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	2	
methazolamide 25 mg tab, 50 mg tab	2	
moxifloxacin hcl (2x day) 0.5 % solution	3	
moxifloxacin hcl 0.5 % solution	2	
NATACYN 5 % SUSPENSION	2	
neomycin-bacitracin zn-polymyx 3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment	1	GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>neomycin-polymyxin-dexameth 3.5-10000-0.1 ointment</i>	1	GC
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	1	GC
<i>ofloxacin ophth soln 0.3%</i>	1	GC
<i>olopatadine hcl 0.1 % solution, 0.2 % solution</i>	3	
<i>pilocarpine hcl 1 % solution, 2 % solution, 4 % solution</i>	2	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	2	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>	1	GC
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	1	GC
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	2	
<i>proparacaine hcl 0.5 % solution</i>	1	GC
RESTASIS 0.05 % EMULSION	3	QL (60 per 30 days)
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	3	
<i>sulfacetamide sodium 10 % solution</i>	1	GC
<i>sulfacetamide-prednisolone 10-0.23 % solution</i>	1	GC
<i>timolol maleate 0.25 % gel f soln, 0.5 % (daily) solution, 0.5 % gel f soln</i>	2	
<i>timolol maleate 0.25 % solution, 0.5 % solution</i>	1	GC
TOBRADEX 0.3-0.1 % OINTMENT	3	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	1	GC
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	2	
TOBREX 0.3 % OINTMENT	3	
<i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>	3	
XIIDRA 5 % SOLUTION	3	QL (60 per 30 days)
OTIC AGENTS		
CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION	3	
<i>ciprofloxacin hcl 0.2 % solution</i>	2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	3	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	3	
<i>flac 0.01 % oil</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % oil</i>	3	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc 1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension</i>	1	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	1	GC
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
<i>acetylcysteine 10 % solution, 20 % solution</i>	1	B/D PA; GC
ADEMPAS 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB	4	PA; LA; NM; NEDS
<i>albuterol sulfate 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, (2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln</i>	1	B/D PA; QL (360 per 30 days); GC
<i>albuterol sulfate 2 mg tab, 2 mg/5ml syrup, 4 mg tab</i>	1	GC
<i>albuterol sulfate 2.5 mg/0.5ml nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln</i>	1	B/D PA; QL (60 per 30 days); GC
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	1	GC
<i>alyq 20 mg tab</i>	4	PA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
<i>ambrisentan 5 mg tab, 10 mg tab</i>	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/INH AER POW BA	2	QL (60 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA 50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA	2	QL (30 per 30 days)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	3	QL (26 per 30 days)
<i>azelastine hcl 0.1 % solution, 0.15 % solution, 137 mcg/spray solution</i>	2	QL (30 per 25 days)
<i>benzonatate 100 mg cap, 200 mg cap</i>	2	QL (30 per 10 days); ED
<i>bosentan 62.5 mg tab, 125 mg tab</i>	4	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/INH AER POW BA, 200-25 MCG/INH AER POW BA	2	QL (60 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	2	QL (10.7 per 30 days)
<i>budesonide 0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension</i>	3	B/D PA; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide 1 mg/2ml suspension</i>	3	B/D PA; QL (60 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate 80-4.5 mcg/act aerosol, 160-4.5 mcg/act aerosol</i>	2	QL (30.6 per 30 days)
<i>carbinoxamine maleate 4 mg tab, 4 mg/5ml solution</i>	1	PA; GC
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	4	PA; LA; NM; NEDS
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	1	GC; OTC
<i>cetirizine hcl oral tablet 10 mg</i>	1	GC; OTC
<i>cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg</i>	1	GC; OTC
<i>cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	1	GC; OTC
<i>childrens loratadine oral syrup 5 mg/5ml</i>	1	GC; OTC
CLARINEX-D 12 HOUR 2.5-120 MG TAB ER 12H	3	ST
<i>clemastine fumarate 2.68 mg tab</i>	1	PA; GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	3	QL (8 per 30 days)
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	1	B/D PA; QL (240 per 30 days); GC
<i>cypheptadine hcl 2 mg/5ml syrup</i>	2	PA
<i>cypheptadine hcl 4 mg tab</i>	1	GC
DALIRESP 250 MCG TAB, 500 MCG TAB	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>desloratadine 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp</i>	2	ST
DULERA 50-5 MCG/ACT AEROSOL, 100-5 MCG/ACT AEROSOL, 200-5 MCG/ACT AEROSOL	2	QL (13 per 30 days)
<i>epinephrine 0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj</i>	2	QL (2 per 28 days)
ESBRIET 267 MG CAP, 267 MG TAB	4	PA; QL (270 per 30 days); NM; NEDS
ESBRIET 801 MG TAB	4	PA; QL (90 per 30 days); NM; NEDS
<i>fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	1	GC; OTC
<i>fexofenadine-pseudoephed er oral tablet extended release 12 hour 60-120 mg</i>	1	GC; OTC
<i>fexofenadine-pseudoephed er oral tablet extended release 24 hour 180-240 mg</i>	1	GC; OTC
FLOVENT DISKUS 250 MCG/BLIST AER POW BA	2	QL (240 per 30 days)
FLOVENT DISKUS 50 MCG/BLIST AER POW BA, 100 MCG/BLIST AER POW BA	2	QL (60 per 30 days)
FLOVENT HFA 110 MCG/ACT AEROSOL	2	QL (12 per 30 days)
FLOVENT HFA 220 MCG/ACT AEROSOL	2	QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACT AEROSOL	2	QL (11 per 30 days)
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	1	QL (75 per 30 days); GC
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	1	QL (16 per 30 days); GC; OTC
<i>fluticasone-salmeterol 100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba</i>	1	QL (60 per 30 days); GC
<i>fluticasone-salmeterol 55-14 mcg/act aer pow ba, 113-14 mcg/act aer pow ba, 232-14 mcg/act aer pow ba</i>	2	QL (1 per 30 days)
<i>hydroxyzine hcl 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	GC
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	1	B/D PA; GC
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution, 0.06 % solution</i>	1	QL (30 per 30 days); GC
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	1	B/D PA; QL (540 per 30 days); GC
KALYDECO 150 MG TAB	4	PA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
KALYDECO 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET	4	PA; QL (56 per 28 days); NM; NEDS
<i>levalbuterol hcl 0.31 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln</i>	1	B/D PA; QL (270 per 30 days); GC

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>levalbuterol hcl 0.63 mg/3ml nebu soln</i>	1	B/D PA; QL (540 per 30 days); GC
<i>levalbuterol tartrate 45 mcg/act aerosol</i>	2	QL (45 per 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	1	GC
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	1	GC; OTC
<i>loratadine oral tablet 10 mg</i>	1	GC; OTC
<i>loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	1	GC; OTC
<i>loratadine-d 24hr oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	1	GC; OTC
<i>mometasone furoate 50 mcg/act suspension</i>	3	
<i>montelukast sodium 4 mg chew tab, 5 mg chew tab, 10 mg tab</i>	1	GC
NUCALA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR, 100 MG RECON SOLN, 100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR	4	PA; LA; NM; NEDS
OFEV 100 MG CAP, 150 MG CAP	4	PA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
OPSUMIT 10 MG TAB	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
ORENITRAM 0.125 MG TAB ER	3	PA; LA; NM
ORENITRAM 0.25 MG TAB ER, 1 MG TAB ER, 2.5 MG TAB ER, 5 MG TAB ER	4	PA; LA; NM; NEDS
ORKAMBI 100-125 MG PACKET, 150-188 MG PACKET	4	PA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
ORKAMBI 100-125 MG TAB, 200-125 MG TAB	4	PA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
<i>pirfenidone 267 mg tab</i>	4	PA; QL (270 per 30 days); NEDS
<i>pirfenidone 534 mg tab, 801 mg tab</i>	4	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>promethazine hcl 6.25 mg/5ml solution, 6.25 mg/5ml syrup</i>	1	GC
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	4	B/D PA; NM; NEDS
QVAR REDHALER 40 MCG/ACT AERO BA	2	QL (11 per 30 days)
QVAR REDHALER 80 MCG/ACT AERO BA	2	QL (22 per 30 days)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE AER POW BA	2	QL (60 per 30 days)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	2	PA; QL (90 per 30 days); NM
SPIRIVA HANDHALER 18 MCG CAP	2	QL (30 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN	2	QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	2	QL (4 per 30 days)
SYMBICORT 80-4.5 MCG/ACT AEROSOL, 160-4.5 MCG/ACT AEROSOL	2	QL (30.6 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

DRUG NAME / NOMBRE DE MEDICAMENTO	DRUG TIER / NIVEL	REQUIREMENTS / LIMITS REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	4	PA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	GC
<i>theophylline er 300 mg tab er 12h, 400 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h</i>	1	GC
TOBI PODHALER 28 MG CAP	4	LA; QL (224 per 28 days); NM; NEDS
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	4	B/D PA; QL (280 per 28 days); NM; NEDS
TRACLEER 32 MG TAB SOL	4	PA; LA; QL (120 per 30 days); NM; NEDS
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG/INH AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/INH AER POW BA	2	QL (60 per 30 days)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	4	PA; LA; NM; NEDS
UPTRAVI 200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB, 1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB	4	PA; LA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION, 20 MCG/ML SOLUTION	4	PA; QL (270 per 30 days); NM; NEDS
<i>wixela inhub 100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba</i>	1	QL (60 per 30 days); GC
<i>zafirlukast 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	GC
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
<i>chlorzoxazone 500 mg tab</i>	1	PA; GC
<i>cyclobenzaprine hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	3	PA
<i>metaxalone 400 mg tab, 800 mg tab</i>	2	PA
<i>orphenadrine citrate er 100 mg tab er 12h</i>	1	GC
SLEEP DISORDER AGENTS		
<i>armodafinil 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab</i>	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>armodafinil 50 mg tab</i>	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>estazolam 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	QL (30 per 30 days); GC
<i>eszopiclone 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>flurazepam hcl 15 mg cap, 30 mg cap</i>	1	QL (30 per 30 days); GC
HETLIOZ 20 MG CAP	4	PA; LA; QL (30 per 30 days); NM; NEDS
<i>modafinil 100 mg tab</i>	3	PA
<i>modafinil 200 mg tab</i>	3	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>temazepam 15 mg cap, 30 mg cap</i>	1	QL (30 per 30 days); GC
WAKIX 4.45 MG TAB, 17.8 MG TAB	4	PA; QL (60 per 30 days); NM; NEDS
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab, 10 mg tab</i>	3	ST; QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to page X of this document. Usted puede encontrar información del significado de los símbolos y abreviaciones en la página XXII de este documento.

Índex / Índice

A

<i>abacavir sulfate</i>	30	ALPHAGAN P	65
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	30	<i>alprazolam</i>	33
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	30	<i>altavera</i>	55
ABELCET.....	16	ALUNBRIG.....	18
ABILIFY MAINTENA	27	<i>alyacen 1/35</i>	55
<i>abiraterone acetate</i>	18	<i>alyacen 7/7/7</i>	55
<i>acamprosate calcium</i>	5	<i>alyq</i>	68
<i>acarbose</i>	34	<i>amabelz</i>	55
<i>accutane</i>	46	<i>amantadine hcl</i>	27
<i>acebutolol hcl</i>	39	AMBISOME	16
<i>acetaminophen-codeine</i>	3	<i>ambrisentan</i>	68
<i>acetaminophen-codeine #2</i>	3	<i>amcinonide</i>	46
<i>acetaminophen-codeine #3</i>	3	AMCINONIDE.....	46
<i>acetaminophen-codeine #4</i>	3	<i>amiloride hcl</i>	39
<i>acetazolamide</i>	39	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	39
<i>acetylcysteine</i>	68	AMINOSYN-PF	48
<i>acitretin</i>	46	<i>amiodarone hcl</i>	39
ACTHIB.....	61	<i>amitriptyline hcl</i>	13
ACTIMMUNE.....	61	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	39
<i>acyclovir</i>	30	<i>amlodipine besylate</i>	39
<i>acyclovir sodium</i>	30	<i>ammonium lactate</i>	46
ADACEL	61	<i>amnestem</i>	46
<i>adefovir dipivoxil</i>	30	<i>amoxapine</i>	13
ADEMPAS	68	<i>amoxicillin</i>	6
<i>afeditab cr</i>	39	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	6
<i>afirmelle</i>	55	<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	44
AIMOVIG.....	17	<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	44
<i>ak-poly-bac</i>	65	<i>amphotericin b</i>	16
<i>ala-cort</i>	46	<i>amphotericin b liposome</i>	16
<i>albendazole</i>	26	<i>ampicillin</i>	6
<i>albuterol sulfate</i>	68	<i>ampicillin sodium</i>	6
<i>albuterol sulfate hfa</i>	68	<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	6
<i>alclometasone dipropionate</i>	46, 54	<i>anagrelide hcl</i>	37
ALCOHOL SWABS.....	65	<i>anastrozole</i>	18
ALECENSA.....	18	ANORO ELLIPTA	68
<i>alendronate sodium</i>	64, 65	<i>apomorphine hcl</i>	27
<i>alfuzosin hcl er</i>	53	APO-VARENICLINE	5
ALIMTA	18	<i>apraclonidine hcl</i>	65
<i>aliskiren fumarate</i>	39	<i>aprepitant</i>	15
<i>allopurinol</i>	17	<i>apri</i>	55
ALOCRIIL	65	APTIOM	10
ALOMIDE	65	APTIVUS.....	30
<i>alosetron hcl</i>	51	ARALAST NP	52
		<i>aranelle</i>	55

ARCALYST	61	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	39
<i>aripiprazole</i>	27	BENLYSTA.....	61
ARISTADA	27	<i>benzonatate</i>	68
ARISTADA INITIO	27	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	46
<i>armodafinil</i>	71	<i>benztropine mesylate</i>	27
ARNUITY ELLIPTA	68	<i>bepotastine besilate</i>	66
<i>asenapine maleate</i>	27, 28	<i>betaine</i>	52
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	37	<i>betamethasone dipropionate</i>	46, 54
<i>atazanavir sulfate</i>	30	<i>betamethasone dipropionate aug</i>	46, 54
<i>atenolol</i>	39	<i>betamethasone valerate</i>	46
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	39	BETASERON	44
<i>atomoxetine hcl</i>	44	<i>betaxolol hcl</i>	39, 66
<i>atorvastatin calcium</i>	39	<i>bethanechol chloride</i>	53
<i>atovaquone</i>	26	BETOPTIC-S	66
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	26	<i>bexarotene</i>	19
<i>atropine sulfate</i>	65	BEXSERO	61
ATROVENT HFA	68	<i>bicalutamide</i>	19
<i>aubra</i>	55	BICILLIN C-R.....	6
<i>aubra eq</i>	55	BICILLIN C-R 900/300.....	6
<i>aurovela 1.5/30</i>	55	BICILLIN L-A.....	6
<i>aurovela 1/20</i>	55	BIKTARVY	30
<i>aurovela 24 fe</i>	55	<i>bimatoprost</i>	66
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	55	<i>bisoprolol fumarate</i>	39
<i>aurovela fe 1/20</i>	55	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	39
AUSTEDO.....	44	BLEPHAMIDE S.O.P.	66
<i>aviane</i>	55	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	55
<i>avita</i>	46	<i>blisovi fe 1/20</i>	55
AVONEX PEN	44	BOOSTRIX.....	61
AVONEX PREFILLED.....	44	BORTEZOMIB.....	19
AVYCAZ.....	6	<i>bosentan</i>	68
<i>ayuna</i>	55	BOSULIF.....	19
AYVAKIT	18	BRAFTOVI.....	19
<i>azasan</i>	61	BREO ELLIPTA.....	68
AZASITE.....	66	BREZTRI AEROSPHERE	68
<i>azathioprine</i>	61	BRILINTA.....	37
<i>azelastine hcl</i>	66, 68	<i>brimonidine tartrate</i>	66
<i>azithromycin</i>	6	<i>brinzolamide</i>	66
<i>aztreonam</i>	6	BRIVIACT.....	10
<i>azurette</i>	55	<i>bromocriptine mesylate</i>	27
B		BRUKINSA	19
<i>bacitracin</i>	66	<i>budesonide</i>	64, 68
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	66	<i>budesonide er</i>	64
<i>baclofen</i>	30	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	68
<i>balsalazide disodium</i>	64	<i>bumetanide</i>	39
BALVERSA	18, 19	<i>buprenorphine</i>	3, 5
BARACLUDE	30	<i>buprenorphine hcl</i>	5
BAVENCIO.....	19	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	5
BAXDELA	6	<i>bupropion hcl</i>	5, 13
BCG VACCINE.....	61	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	5
<i>benazepril hcl</i>	39	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	13

<i>bupropion hcl er (xl)</i>	13	<i>celecoxib</i>	3
<i>buspirone hcl</i>	33	CELONTIN	10
BYETTA 10 MCG PEN	34	<i>cephalexin</i>	7
BYETTA 5 MCG PEN	34	<i>cetirizine hcl</i>	68
BYSTOLIC	39	<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	68
C		<i>cetirizine hcl oral tablet 10 mg</i>	68
CABENUVA	30	<i>cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg</i>	68
<i>cabergoline</i>	60	<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	68
CABOMETYX	19	<i>cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended</i>	
<i>calcipotriene</i>	46	<i>release 12 hour 5-120 mg</i>	68
<i>calcitonin (salmon)</i>	65	<i>cevimeline hcl</i>	45
<i>calcitrene</i>	46	CHANTIX	5
<i>calcitriol</i>	65	CHANTIX CONTINUING MONTH PAK	5
<i>calcium acetate (phos binder)</i>	48	CHANTIX STARTING MONTH PAK	5
CALQUENCE	19	<i>chateal</i>	55
<i>camila</i>	55	<i>chateal eq</i>	55
<i>candesartan cilexetil</i>	39	<i>childrens loratadine</i>	68
CAPLYTA	28	<i>childrens loratadine oral syrup 5 mg/5ml</i>	68
CAPRELSA	19	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	33
<i>captopril</i>	39	<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i>	13
<i>carbamazepine</i>	10	<i>chlorhexidine gluconate</i>	45
<i>carbamazepine er</i>	10	<i>chloroquine phosphate</i>	26
<i>carbidopa</i>	27	<i>chlorpromazine hcl</i>	28
<i>carbidopa-levodopa</i>	27	CHLORPROMAZINE HCL	28
<i>carbidopa-levodopa er</i>	27	<i>chlorthalidone</i>	40
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	27	<i>chlorzoxazone</i>	71
<i>carbinoxamine maleate</i>	68	CHOLBAM	52
<i>carglumic acid</i>	48	<i>cholestyramine</i>	40
<i>carteolol hcl</i>	66	<i>cholestyramine light</i>	40
<i>cartia xt</i>	39	CIALIS	53
<i>carvedilol</i>	40	<i>ciclodan</i>	46
<i>casprofungin acetate</i>	16	<i>ciclopirox</i>	16, 46
CAVERJECT	53	<i>ciclopirox olamine</i>	16
CAVERJECT IMPULSE	53	<i>cilostazol</i>	37
CAYSTON	68	CIMDUO	30
<i>caziant</i>	55	<i>cimetidine</i>	51
<i>cefaclor</i>	6	<i>cimetidine hcl</i>	51
CEFACLOR	6	<i>cinacalcet hcl</i>	65
CEFACLOR ER	6	CIPRO HC	67
<i>cefadroxil</i>	6	<i>ciprofloxacin hcl</i>	7, 67
<i>cefazolin sodium</i>	6	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	7
<i>cefdinir</i>	6	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	67
<i>cefepime hcl</i>	6	<i>citalopram hydrobromide</i>	13
<i>cefixime</i>	6	<i>claravis</i>	46
<i>cefoxitin sodium</i>	6	CLARINEX-D 12 HOUR	68
<i>cefpodoxime proxetil</i>	6	<i>clarithromycin</i>	7
<i>ceftazidime</i>	7	<i>clemastine fumarate</i>	68
<i>ceftriaxone sodium</i>	7	<i>clindacin-p</i>	7
<i>cefuroxime axetil</i>	7	<i>clindamycin hcl</i>	7
<i>cefuroxime sodium</i>	7	<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>	46

<i>clindamycin phosphate</i>	7, 46	COSENTYX (300 MG DOSE).....	61
<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	7	COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	61
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5).....	48	COSENTYX SENSOREADY PEN	61
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10).....	48	COTELLIC	19
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5).....	48	CREON	52
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15).....	48	CRIVAN	31
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20).....	48	<i>cromolyn sodium</i>	52, 66, 69
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10).....	48	<i>cyclafem 1/35</i>	55
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14).....	48	<i>cyclafem 7/7/7</i>	55
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	48	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	71
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	48	<i>cyclopentolate hcl</i>	66
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	48	<i>cyclophosphamide</i>	19
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	48	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	19
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)	48	CYCLOSET.....	34
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)	48	<i>cyclosporine</i>	61, 66
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)	49	<i>cyclosporine modified</i>	61
<i>clinsol sf</i>	49	<i>cyproheptadine hcl</i>	69
CLINOLIPID	49	CYRAMZA.....	19
<i>clinpro 5000</i>	45	<i>cyred</i>	55
<i>clobazam</i>	10	<i>cyred eq</i>	55
<i>clobetasol prop emollient base</i>	54	CYSTADANE	52
<i>clobetasol propionate</i>	46, 54	CYSTAGON.....	52
<i>clobetasol propionate e</i>	54	CYSTARAN	52
<i>clomipramine hcl</i>	13	D	
<i>clonazepam</i>	33	<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	37
<i>clonidine</i>	40	<i>dalfampridine er</i>	44
<i>clonidine hcl</i>	40	DALIRESP	69
<i>clopidogrel bisulfate</i>	37	<i>danazol</i>	55
<i>clorazepate dipotassium</i>	33	<i>dantrolene sodium</i>	30
<i>clotrimazole</i>	16, 46	<i>dapsone</i>	18
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	46	DAPTACEL.....	61
<i>clozapine</i>	28	<i>daptomycin</i>	7
COARTEM.....	26	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	53
CODEINE SULFATE	3	DARZALEX.....	19
<i>colchicine</i>	17	DARZALEX FASPRO	19
<i>colchicine-probenecid</i>	17	<i>dasetta 1/35</i>	55
<i>colestipol hcl</i>	40	<i>dasetta 7/7/7</i>	55
<i>colistimethate sodium (cba)</i>	7	DAURISMO	19, 20
COMBIVENT RESPIMAT	69	<i>deblitane</i>	55
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	19	<i>deferasirox</i>	49
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	19	<i>deferiprone</i>	49
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	19	DELSTRIGO	31
COMPLERA.....	31	<i>delyla</i>	56
<i>compro</i>	15	<i>demeclocycline hcl</i>	7
<i>constulose</i>	51	DENAVIR.....	46
COPAXONE.....	44	<i>denta 5000 plus</i>	45
COPIKTRA.....	19	<i>dentagel</i>	45
CORLANOR.....	40	DEPO-ESTRADIOL.....	56
CORTISPORIN-TC	67	DEPO-SUBQ PROVERA 104	56
COSENTYX	61	DESCOVY.....	31

<i>desipramine hcl</i>	14	DOVATO.....	31
<i>desloratadine</i>	69	<i>doxazosin mesylate</i>	40
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	54	<i>doxepin hcl</i>	14
<i>desmopressin acetate</i>	54	<i>doxercalciferol</i>	65
<i>desmopressin acetate spray</i>	54	<i>doxy 100</i>	7
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	56	<i>doxycycline hyclate</i>	7
<i>desonide</i>	46, 54	<i>doxycycline monohydrate</i>	7
<i>desoximetasone</i>	46	DRIZALMA SPRINKLE	44
DESVENLAFAXINE ER.....	14	<i>dronabinol</i>	15
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	14	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	56
<i>dexamethasone</i>	54, 66	<i>droxidopa</i>	40
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	66	DUAVEE	56
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	44	DULERA	69
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	44	<i>duloxetine hcl</i>	44
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	44	DUOPA.....	27
<i>dextrose</i>	49	<i>duramorph</i>	3
<i>dextrose-nacl</i>	49	<i>dutasteride</i>	53
<i>dextrose-sodium chloride</i>	49	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	53
DIACOMIT.....	10	E	
<i>diazepam</i>	10, 33	<i>e.e.s. 400</i>	7
<i>diazoxide</i>	34	<i>ec-naproxen</i>	3
<i>diclofenac potassium</i>	3	<i>econazole nitrate</i>	16
<i>diclofenac sodium</i>	3, 47, 66	EDURANT	31
<i>diclofenac sodium er</i>	3	<i>efavirenz</i>	31
<i>dicloxacin sodium</i>	7	<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir</i>	31
<i>dicyclomine hcl</i>	51	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	31
DIFICID	7	EGRIFTA SV.....	54
<i>diflunisal</i>	3	ELIGARD	60
<i>difluprednate</i>	66	ELIQUIS	37
<i>digitek</i>	40	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	37
<i>digox</i>	40	ELMIRON	53
<i>digoxin</i>	40	<i>eluryng</i>	56
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	17	EMCYT.....	20
DILANTIN	10	EMEND	15
<i>diltiazem hcl</i>	40	EMGALITY.....	17
<i>diltiazem hcl er</i>	40	EMGALITY (300 MG DOSE)	17
<i>diltiazem hcl er beads</i>	40	<i>emoquette</i>	56
<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	40	EMSAM.....	14
<i>dilt-xr</i>	40	<i>emtricitabine</i>	31
<i>diphenoxylate-atropine</i>	51	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	31
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT	61	EMTRIVA	31
<i>disopyramide phosphate</i>	40	EMVERM.....	26
<i>disulfiram</i>	5	<i>enalapril maleate</i>	40
<i>divalproex sodium</i>	10	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	40
<i>divalproex sodium er</i>	10	ENBREL.....	61
<i>dofetilide</i>	40	ENBREL MINI.....	61
<i>donepezil hcl</i>	13	ENBREL SURECLICK.....	61
<i>dorzolamide hcl</i>	66	<i>endocet</i>	3
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	66	ENGERIX-B	61
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i>	66	ENHERTU	20

<i>enoxaparin sodium</i>	37, 38	<i>euthyrox</i>	59
<i>enpresse-28</i>	56	<i>everolimus</i>	20, 62
<i>enskyce</i>	56	EVOTAZ.....	31
<i>entacapone</i>	27	<i>exemestane</i>	20
<i>entecavir</i>	31	EXKIVITY	20
ENTRESTO	40	<i>ezetimibe</i>	41
<i>enulose</i>	51	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	41
ENVARUS XR.....	61	F	
EPIDIOLEX.....	10	<i>falmina</i>	56
<i>epinastine hcl</i>	66	<i>famciclovir</i>	31
<i>epinephrine</i>	69	<i>famotidine</i>	51
<i>epitol</i>	10	FANAPT	28
EPIVIR HBV	31	FANAPT TITRATION PACK.....	28
<i>eplerenone</i>	41	FARXIGA.....	34
EPRONTIA.....	10	<i>febuxostat</i>	17
ERAXIS	16	<i>felbamate</i>	10
<i>ergocalciferol</i>	65	<i>felodipine er</i>	41
<i>ergoloid mesylates</i>	13	<i>femynor</i>	56
ERIVEDGE.....	20	<i>fenofibrate</i>	41
ERLEADA.....	20	<i>fenofibrate micronized</i>	41
<i>erlotinib hcl</i>	20	<i>fenoprofen calcium</i>	3
<i>errin</i>	56	<i>fentanyl</i>	3
<i>ertapenem sodium</i>	7	<i>fentanyl citrate</i>	3
<i>ery</i>	7, 47	FERRIPROX.....	49
<i>ery-tab</i>	7	FERRIPROX TWICE-A-DAY.....	49
<i>erythrocine lactobionate</i>	7	FETZIMA	14
<i>erythrocine stearate</i>	7	FETZIMA TITRATION.....	14
<i>erythromycin</i>	7, 8, 47, 66	<i>fexofenadine hcl</i>	69
<i>erythromycin base</i>	8	<i>fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	69
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	8	<i>fexofenadine-pseudoephed er</i>	69
<i>erythromycin lactobionate</i>	8	<i>fexofenadine-pseudoephed er oral tablet extended</i> <i>release 12 hour 60-120 mg</i>	69
<i>erythromycin stearate</i>	8	<i>fexofenadine-pseudoephed er oral tablet extended</i> <i>release 24 hour 180-240 mg</i>	69
ESBRIET	69	<i>finasteride</i>	53
<i>escitalopram oxalate</i>	14	FINTEPLA.....	10
<i>esomeprazole magnesium</i>	51	FIRMAGON	60
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed</i> <i>release 20 mg</i>	51	FIRMAGON (240 MG DOSE).....	60
<i>estarylla</i>	56	<i>flac</i>	67
<i>estazolam</i>	71	<i>flavoxate hcl</i>	53
<i>estradiol</i>	56	<i>flecainide acetate</i>	41
<i>estradiol valerate</i>	56	FLOVENT DISKUS	69
<i>eszopiclone</i>	71	FLOVENT HFA	69
<i>ethacrynic acid</i>	41	<i>fluconazole</i>	16
<i>ethambutol hcl</i>	18	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	16
<i>ethosuximide</i>	10	<i>flucytosine</i>	16
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	56	<i>fludrocortisone acetate</i>	54
<i>etodolac</i>	3	<i>flunisolide</i>	69
<i>etodolac er</i>	3	<i>fluocinolone acetonide</i>	47, 67
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	56	<i>fluocinonide</i>	47
<i>etravirine</i>	31		

<i>fluocinonide emulsified base</i>	47
<i>fluoridex</i>	45
<i>fluoridex enhanced whitening</i>	45
<i>fluorimax 5000</i>	45
<i>fluorometholone</i>	66
<i>fluorouracil</i>	47
<i>fluoxetine hcl</i>	14
<i>fluphenazine decanoate</i>	28
<i>fluphenazine hcl</i>	28
<i>flurazepam hcl</i>	71
<i>flurbiprofen</i>	3
<i>flutamide</i>	20
<i>fluticasone propionate</i>	47, 69
<i>fluticasone-salmeterol</i>	69
<i>fluvoxamine maleate</i>	14
<i>folic acid</i>	49
<i>fondaparinux sodium</i>	38
FORTEO	65
FOSAMAX PLUS D	65
<i>fosamprenavir calcium</i>	31
<i>fosfomycin tromethamine</i>	8
<i>fosinopril sodium</i>	41
<i>fosinopril sodium-hctz</i>	41
FOTIVDA	20
FREAMINE III	49
FULPHILA	38
<i>furosemide</i>	41
FUZEON	31
FYCOMPA	10
G	
<i>gabapentin</i>	10, 11
<i>galantamine hydrobromide</i>	13
<i>galantamine hydrobromide er</i>	13
GAMUNEX-C	62
GARDASIL 9	62
<i>gatifloxacin</i>	66
GATTEX	51
GAUZE STERILE PADS	65
<i>gavilyte-c</i>	51
<i>gavilyte-n with flavor pack</i>	51
GAVRETO	20
GAZYVA	20
<i>gemfibrozil</i>	41
<i>generlac</i>	51
<i>gengraf</i>	62
<i>gentak</i>	66
<i>gentamicin in saline</i>	8
<i>gentamicin sulfate</i>	8, 66
GENVOYA	31
<i>gianvi</i>	56

GILENYA	45
GILOTRIF	20
GLASSIA	52
<i>glimepiride</i>	34
<i>glipizide</i>	34
<i>glipizide er</i>	34
<i>glipizide xl</i>	34
<i>glipizide-metformin hcl</i>	34
GLUCAGON EMERGENCY	34
<i>glycopyrrolate</i>	51
<i>glydo</i>	5
<i>granisetron hcl</i>	15
GRANIX	38
<i>griseofulvin microsize</i>	16
<i>guanfacine hcl er</i>	45
H	
HAEGARDA	62
<i>hailey 1.5/30</i>	56
<i>hailey fe 1.5/30</i>	56
<i>hailey fe 1/20</i>	56
<i>halobetasol propionate</i>	47
<i>haloperidol</i>	28
<i>haloperidol decanoate</i>	28
<i>haloperidol lactate</i>	28
HAVRIX	62
<i>heather</i>	56
HEMADY	54
<i>heparin sodium (porcine)</i>	38
<i>hepatamine</i>	49
HERCEPTIN HYLECTA	20
HETLIOZ	71
HIBERIX	62
<i>hidex 6-day</i>	54
HUMALOG	34, 35
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	34
HUMALOG KWIKPEN	34
HUMALOG MIX 50/50	34, 35
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	35
HUMALOG MIX 75/25	35
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	35
HUMIRA	62
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START	62
HUMIRA PEN	62
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	62
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START	62
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START	62
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER	62
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	35
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	35
<i>hydralazine hcl</i>	41

<i>hydrochlorothiazide</i>	41	INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML.....	65
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	3	INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML.....	65
<i>hydrocortisone</i>	47, 54, 64, 67	INTELENCE.....	31
<i>hydrocortisone (perianal)</i>	47	INTRALIPID	49
<i>hydrocortisone valerate</i>	47, 54	INTRON A.....	62
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	67	INVEGA HAFYERA	28
<i>hydromorphone hcl</i>	3	INVEGA SUSTENNA	28
<i>hydromorphone hcl pf</i>	3	INVEGA TRINZA.....	28, 29
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	26	INVIRASE.....	31
<i>hydroxyurea</i>	20	INVOKAMET	35
<i>hydroxyzine hcl</i>	69	INVOKAMET XR.....	35
<i>hyoscyamine sulfate</i>	51	INVOKANA	35
HYPERRAB S/D	62	IOPIDINE	66
I		IPOL.....	62
<i>ibandronate sodium</i>	65	<i>ipratropium bromide</i>	69
IBRANCE	20	<i>ipratropium-albuterol</i>	69
<i>ibu</i>	4	<i>irbesartan</i>	41
<i>ibuprofen</i>	4	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	41
<i>icatibant acetate</i>	62	IRESSA.....	21
ICLUSIG.....	20	ISENTRESS.....	31
IDHIFA	20	ISENTRESS HD	31
ILEVRO.....	66	<i>isibloom</i>	56
<i>imatinib mesylate</i>	20	ISOLYTE-P IN D5W	49
IMBRUVICA.....	20	ISOLYTE-S	49
<i>imipenem-cilastatin</i>	8	<i>isoniazid</i>	18
<i>imipramine hcl</i>	14	ISOPTO ATROPINE.....	66
<i>imipramine pamoate</i>	14	<i>isosorbide dinitrate</i>	41
<i>imiquimod</i>	47	<i>isosorbide mononitrate</i>	41
<i>imiquimod pump</i>	47	<i>isosorbide mononitrate er</i>	41
IMOVAX RABIES	62	<i>isotretinoin</i>	47
<i>incassia</i>	56	<i>itraconazole</i>	16
INCRELEX.....	54	<i>ivermectin</i>	26
<i>indapamide</i>	41	IXIARO.....	63
INFANRIX	62	J	
INLYTA.....	20	JAKAFI.....	21
INQOVI	20	<i>jantoven</i>	38
INREBIC.....	21	JANUMET	35
INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN	35	JANUMET XR	35
INSULIN ASPART	35	JANUVIA	35
INSULIN ASPART FLEXPEN.....	35	JARDIANCE	35
INSULIN ASPART PENFILL	35	<i>jasmiel</i>	56
INSULIN ASPART PROT & ASPART	35	<i>javygtor</i>	52
INSULIN GLARGINE-YFGN	35	<i>jencycla</i>	56
INSULIN LISPRO.....	35	<i>juleber</i>	56
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)	35	JULUCA	31
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	35	<i>junel 1.5/30</i>	56
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	35	<i>junel 1/20</i>	56
INSULIN PEN NEEDLE	65	<i>junel fe 1.5/30</i>	56
INSULIN SYRINGE	65	<i>junel fe 1/20</i>	56
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML.....	65	<i>just right 5000</i>	45

JUXTAPID	41	LANTUS.....	36
K		LANTUS SOLOSTAR	36
KADCYLA	21	<i>lapatinib ditosylate</i>	21
<i>kalliga</i>	56	<i>larin 1.5/30</i>	57
KALYDECO.....	69	<i>larin 1/20</i>	57
<i>kariva</i>	56	<i>larin fe 1.5/30</i>	57
KCL IN DEXTROSE-NACL	49	<i>larin fe 1/20</i>	57
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	49	<i>larissia</i>	57
KEDRAB	63	<i>latanoprost</i>	66
<i>kelnor 1/35</i>	56	LATUDA	34
<i>kelnor 1/50</i>	57	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	31
KERENDIA	35	<i>leena</i>	57
<i>ketoconazole</i>	16	<i>leflunomide</i>	63
<i>ketoprofen</i>	4	<i>lenalidomide</i>	21
<i>ketoprofen er</i>	4	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	21
<i>ketorolac tromethamine</i>	4, 66	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	21
KEVEYIS	52	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	21
KEYTRUDA.....	21	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	21
KINRIX.....	63	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	21
KISQALI (200 MG DOSE).....	21	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	21
KISQALI (400 MG DOSE).....	21	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	21
KISQALI (600 MG DOSE).....	21	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	21
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	21	<i>lessina</i>	57
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	21	<i>letrozole</i>	21
<i>klor-con</i>	49	<i>leucovorin calcium</i>	21
<i>klor-con 10</i>	49	LEUKERAN	21
<i>klor-con m10</i>	49	<i>leuprolide acetate</i>	60
<i>klor-con m15</i>	49	<i>levalbuterol hcl</i>	69, 70
<i>klor-con m20</i>	49	<i>levalbuterol tartrate</i>	70
KORLYM	54	LEVEMIR.....	36
<i>kurvelo</i>	57	LEVEMIR FLEXTOUCH	36
L		<i>levetiracetam</i>	11
<i>labetalol hcl</i>	41	<i>levetiracetam er</i>	11
<i>lacosamide</i>	11	<i>levobunolol hcl</i>	66
LACOSAMIDE	11	<i>levocarnitine</i>	49, 50
LACRISERT	66	<i>levocarnitine (dietary)</i>	49
<i>lactulose</i>	51	<i>levocarnitine sf</i>	50
LACTULOSE	51	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	70
<i>lactulose encephalopathy</i>	51	<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5</i> <i>mg/5ml</i>	70
<i>lamivudine</i>	31	<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	70
<i>lamivudine-zidovudine</i>	31	<i>levofloxacin</i>	8
<i>lamotrigine</i>	11	<i>levofloxacin in d5w</i>	8
<i>lamotrigine er</i>	11	<i>levonest</i>	57
<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	11	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	57
<i>lamotrigine starter kit-green</i>	11	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	57
<i>lamotrigine starter kit-orange</i>	11	<i>levora 0.15/30 (28)</i>	57
LANREOTIDE ACETATE.....	60	<i>levo-t</i>	59
<i>lansoprazole</i>	51	<i>levothyroxine sodium</i>	59
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i> 51		<i>levoxyl</i>	59
<i>lanthanum carbonate</i>	49		

LEXIVA.....	32	LYSODREN	60
<i>lidocaine</i>	5	<i>lyza</i>	57
<i>lidocaine hcl</i>	5	M	
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	5	<i>magnesium sulfate</i>	50
<i>lidocaine viscous hcl</i>	5	<i>malathion</i>	47
<i>lidocaine-prilocaine</i>	5	<i>maraviroc</i>	32
<i>lillow</i>	57	<i>marlissa</i>	57
<i>linezolid</i>	8	MARPLAN.....	14
LINZESS.....	51	MATULANE	22
<i>liothyronine sodium</i>	59	MAVYRET.....	32
<i>lisinopril</i>	41	<i>meclizine hcl</i>	16
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	41	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	57
<i>lithium</i>	34	<i>mefloquine hcl</i>	26
LITHIUM.....	34	<i>megestrol acetate</i>	57
<i>lithium carbonate</i>	34	MEKINIST	22
<i>lithium carbonate er</i>	34	MEKTOVI.....	22
<i>loestrin 1.5/30 (21)</i>	57	<i>meloxicam</i>	4
<i>loestrin 1/20 (21)</i>	57	<i>memantine hcl</i>	13
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	57	<i>memantine hcl er</i>	13
<i>loestrin fe 1/20</i>	57	MENACTRA	63
LOKELMA	50	MENEST.....	57
LONSURF	22	MENQUADFI.....	63
<i>loperamide hcl</i>	51	MENVEO	63
<i>lopinavir-ritonavir</i>	32	<i>meprobamate</i>	34
<i>loratadine</i>	70	<i>mercaptopurine</i>	22
<i>loratadine oral tablet 10 mg</i>	70	<i>meropenem</i>	8
<i>loratadine-d 12hr</i>	70	<i>mesalamine</i>	64
<i>loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12</i> <i>hour 5-120 mg</i>	70	<i>mesalamine er</i>	64
<i>loratadine-d 24hr</i>	70	MESNEX	22
<i>loratadine-d 24hr oral tablet extended release 24</i> <i>hour 10-240 mg</i>	70	<i>metaxalone</i>	71
<i>lorazepam</i>	33, 34	<i>metformin hcl</i>	36
LORBRENA.....	22	<i>metformin hcl er</i>	36
<i>loryna</i>	57	<i>methadone hcl</i>	4
<i>losartan potassium</i>	41	<i>methazolamide</i>	66
<i>losartan potassium-hctz</i>	41	<i>methenamine hippurate</i>	8
<i>loteprednol etabonate</i>	66	<i>methimazole</i>	60
<i>lovastatin</i>	41	<i>methotrexate</i>	63
<i>loxapine succinate</i>	29	<i>methotrexate sodium</i>	63
<i>lo-zumandimine</i>	57	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	63
<i>lubiprostone</i>	51	<i>methoxsalen rapid</i>	47
LUMAKRAS	22	<i>methscopolamine bromide</i>	51
LUMIGAN.....	66	<i>methylphenidate hcl</i>	45
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	60	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	45
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	60	<i>methylprednisolone</i>	54
<i>lutea</i>	57	<i>methyltestosterone</i>	57
LYBALVI.....	14	<i>metoclopramide hcl</i>	16
<i>lyleq</i>	57	<i>metolazone</i>	41
LYNPARZA	22	<i>metoprolol succinate er</i>	42
		<i>metoprolol tartrate</i>	42
		<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	42

<i>metronidazole</i>	8	<i>naloxone hcl</i>	5
<i>metirosine</i>	42	<i>naltrexone hcl</i>	5
<i>mexiletine hcl</i>	42	<i>naproxen</i>	4
<i>micafungin sodium</i>	16	<i>naproxen sodium</i>	4
<i>microgestin 1.5/30</i>	57	<i>naratriptan hcl</i>	17
<i>microgestin 1/20</i>	57	NATACYN.....	66
<i>microgestin 24 fe</i>	57	<i>nateglinide</i>	36
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	57	NATPARA.....	65
<i>microgestin fe 1/20</i>	57	NAYZILAM.....	5
<i>midodrine hcl</i>	42	<i>nebivolol hcl</i>	42
<i>migergot</i>	17	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	57
<i>miglitol</i>	36	NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY.....	65
<i>mili</i>	57	<i>nefazodone hcl</i>	14
MILLIPRED.....	54	<i>neomycin sulfate</i>	8
<i>minocycline hcl</i>	8	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	66
<i>minoxidil</i>	42	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	67
<i>mirtazapine</i>	14	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	67
<i>misoprostol</i>	55	<i>neo-polycin</i>	67
M-M-R II.....	63	NERLYNX.....	22
<i>modafinil</i>	71	<i>neuac</i>	47
<i>molindone hcl</i>	29	NEULASTA.....	38
<i>mometasone furoate</i>	47, 54, 70	NEUPRO.....	27
<i>mondoxyne nl</i>	8	<i>nevirapine</i>	32
<i>mono-lynyah</i>	57	<i>nevirapine er</i>	32
<i>montelukast sodium</i>	70	NEXAVAR.....	22
<i>morphine sulfate</i>	4	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	42
MORPHINE SULFATE.....	4	<i>nicardipine hcl</i>	42
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	4	NICOTROL.....	5
<i>morphine sulfate (pf)</i>	4	NICOTROL NS.....	5
<i>morphine sulfate er</i>	4	<i>nifedipine er</i>	42
<i>morphine sulfate er beads</i>	4	<i>nifedipine er osmotic release</i>	42
MOVANTIK.....	51	<i>nikki</i>	58
<i>moxifloxacin hcl</i>	8, 66	<i>nilutamide</i>	22
MOXIFLOXACIN HCL.....	8	NINLARO.....	22
<i>moxifloxacin hcl (2x day)</i>	66	<i>nitazoxanide</i>	26
<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	8	<i>nitisinone</i>	52
MULTAQ.....	42	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	8
<i>mupirocin</i>	47	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	8
<i>mupirocin calcium</i>	47	<i>nitroglycerin</i>	42
MUSE.....	53	NITYR.....	52
MYALEPT.....	51	NIVESTYM.....	38
<i>mycophenolate mofetil</i>	63	<i>nizatidine</i>	51
<i>mycophenolate sodium</i>	63	<i>nora-be</i>	58
<i>myorisan</i>	47	NORDITROPIN FLEXPPO.....	55
MYRBETRIQ.....	53	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	58
MYTESI.....	51	<i>norethindrone</i>	58
N		<i>norethindrone acetate</i>	58
<i>nabumetone</i>	4	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	58
<i>nadolol</i>	42	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	58
<i>nafcillin sodium</i>	8	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	58

<i>norlyda</i>	58
<i>norlyroc</i>	58
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	58
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	58
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	58
<i>nortrel 7/7/7</i>	58
<i>nortriptyline hcl</i>	14
NORVIR	32
NOVOLIN 70/30	36
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	36
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	36
NOVOLIN 70/30 RELION.....	36
NOVOLIN N	36
NOVOLIN N FLEXPEN	36
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	36
NOVOLIN N RELION	36
NOVOLIN R.....	36
NOVOLIN R FLEXPEN	36
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	36
NOVOLIN R RELION	36
NOVOLOG.....	36, 37
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION	36
NOVOLOG FLEXPEN	36
NOVOLOG FLEXPEN RELION.....	36
NOVOLOG MIX 70/30.....	36
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	36
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	36
NOVOLOG PENFILL.....	36
NOVOLOG RELION	37
NOXAFIL	17
NUBEQA.....	22
NUCALA.....	70
NUEDEXTA.....	45
NUPLAZID.....	29
NURTEC.....	17
NUTRILIPID	50
<i>nyamyc</i>	17
<i>nylia 1/35</i>	58
<i>nylia 7/7/7</i>	58
<i>nystatin</i>	17, 47
<i>nystatin-triamcinolone</i>	47
<i>nystop</i>	17
O	
OICALIVA.....	52
OCTAGAM	63
<i>octreotide acetate</i>	60
ODEFSEY.....	32
ODOMZO	22
OFEV	70
<i>ofloxacin</i>	8, 67

<i>ofloxacin ophth soln 0.3%</i>	67
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	67
<i>olanzapine</i>	14, 29
<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	14
<i>olmesartan medoxomil</i>	42
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	42
<i>olopatadine hcl</i>	67
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	42
<i>omeprazole</i>	52
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i> ..	52
<i>omeprazole oral tablet delayed release 20 mg</i>	52
OMNITROPE	55
<i>ondansetron</i>	16
<i>ondansetron hcl</i>	16
ONUREG.....	22
OPSUMIT	70
<i>oralone</i>	45
ORENITRAM.....	70
ORFADIN.....	52
ORGOVYX.....	60
ORKAMBI.....	70
<i>orphenadrine citrate er</i>	71
<i>orsythia</i>	58
<i>oseltamivir phosphate</i>	32
OSPHERA	58
<i>oxacillin sodium</i>	8
OXACILLIN SODIUM	9
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE.....	9
<i>oxaliplatin</i>	22
<i>oxandrolone</i>	58
<i>oxaprozin</i>	4
<i>oxazepam</i>	34
<i>oxcarbazepine</i>	11
<i>oxybutynin chloride</i>	53
<i>oxybutynin chloride er</i>	53
<i>oxycodone hcl</i>	4
<i>oxycodone hcl er</i>	4
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	4
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	37
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	37
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	37
P	
<i>pacerone</i>	42
<i>paclitaxel</i>	22
<i>paliperidone er</i>	29
PANRETIN.....	22
<i>pantoprazole sodium</i>	52
<i>paricalcitol</i>	65
<i>paromomycin sulfate</i>	9
<i>paroxetine hcl</i>	14, 15

<i>paroxetine mesylate</i>	15	<i>portia-28</i>	58
PASER	18	<i>posaconazole</i>	17
PEDIARIX	63	<i>potassium chloride</i>	50
PEDVAX HIB	63	<i>potassium chloride 10 meq cap er</i>	50
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	52	<i>potassium chloride 10 meq tab er</i>	50
PEGASYS	63	<i>potassium chloride 20 meq tab er</i>	50
PEMAZYRE	22	<i>potassium chloride 8 meq cap er</i>	50
<i>pemetrexed disodium</i>	22	<i>potassium chloride 8 meq tab er</i>	50
<i>penicillamine</i>	53	<i>potassium chloride crys 10 meq tab er</i>	50
<i>penicillin g potassium</i>	9	<i>potassium chloride crys 20 meq tab er</i>	50
<i>penicillin g sodium</i>	9	<i>potassium chloride crys er</i>	50
<i>penicillin v potassium</i>	9	<i>potassium chloride in dextrose</i>	50
PENTACEL	63	<i>potassium citrate 10 meq (1080 mg) tab er</i>	50
<i>pentamidine isethionate</i>	26	<i>potassium citrate 15 meq (1620 mg) tab er</i>	50
<i>pentoxifylline er</i>	42	<i>potassium citrate 5 meq (540 mg) tab er</i>	50
<i>perio gard</i>	45	PRADAXA	38
<i>permethrin</i>	47	PRALUENT	42
<i>perphenazine</i>	15, 16	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	27
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	15	<i>prasugrel hcl</i>	38
PERSERIS	29	<i>pravastatin sodium</i>	42
<i>pfizerpen</i>	9	<i>prazosin hcl</i>	42
<i>phenelzine sulfate</i>	15	<i>prednicarbate</i>	54
<i>phenobarbital</i>	11	<i>prednisolone</i>	54, 67
PHENYTEK	11	PREDNISOLONE	67
<i>phenytoin</i>	11	<i>prednisolone acetate</i>	67
<i>phenytoin infatabs</i>	11	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	54
<i>phenytoin sodium extended</i>	11	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	67
PHESGO	22	<i>prednisone</i>	54
PIFELTRO	32	PREDNISON	54
<i>pilocarpine hcl</i>	45, 67	PREDNISON INTENSOL	54
<i>pimecrolimus</i>	47	<i>pregabalin</i>	45
<i>pimozide</i>	29	PREHEVBRIO	63
<i>pimtrea</i>	58	PREMARIN	58
<i>pindolol</i>	42	PREMASOL	50
<i>pioglitazone hcl</i>	37	PREMPRO	58
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	37	<i>prevalite</i>	42
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	22	PREVYMIS	32
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	23	PREZCOBIX	32
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	23	PREZISTA	32
<i>pirfenidone</i>	70	PRIFTIN	18
<i>pirmella 1/35</i>	58	<i>primaquine phosphate</i>	26
<i>pirmella 7/7/7</i>	58	PRIMAQUINE PHOSPHATE	26
<i>piroxicam</i>	4	<i>primidone</i>	11
PLASMA-LYTE 148	50	PRIORIX	63
PLASMA-LYTE A	50	<i>probenecid</i>	17
<i>plenamine</i>	50	PROCALAMINE	50
<i>podofilox</i>	47	<i>prochlorperazine</i>	16
<i>polycin</i>	67	<i>prochlorperazine maleate</i>	16
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	67	PROCRT	38
POMALYST	23	<i>procto-med hc</i>	47

<i>procto-pak</i>	47
<i>proctosol hc</i>	47
<i>proctozone-hc</i>	47
PROGRAF	63
PROLASTIN-C	52
PROLIA	65
PROMACTA	38
<i>promethazine hcl</i>	16, 70
<i>promethegan</i>	16
<i>propafenone hcl</i>	42
<i>propafenone hcl er</i>	42
<i>proparacaine hcl</i>	67
<i>propranolol hcl</i>	42, 43
<i>propranolol hcl er</i>	43
<i>propylthiouracil</i>	60
PROQUAD	63
PROSOL	50
<i>protriptyline hcl</i>	15
PULMOZYME	70
PURIXAN	23
<i>pyrazinamide</i>	18
<i>pyridostigmine bromide</i>	18
<i>pyridostigmine bromide er</i>	18
<i>pyrimethamine</i>	26
Q	
QINLOCK	23
QUADRACEL	63
<i>quetiapine fumarate</i>	29
<i>quetiapine fumarate er</i>	29
<i>quinapril hcl</i>	43
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	43
<i>quinidine gluconate er</i>	43
<i>quinidine sulfate</i>	43
<i>quinine sulfate</i>	26
QVAR REDIHALER	70
R	
RABAVERT	63
<i>rabeprazole sodium</i>	52
<i>raloxifene hcl</i>	58
<i>ramelteon</i>	71
<i>ramipril</i>	43
<i>ranolazine er</i>	43
<i>rasagiline mesylate</i>	27
RAVICTI	52
<i>reclipsen</i>	58
RECOMBIVAX HB	63
RECTIV	43
REGRANEX	47
<i>relafen</i>	4
RELENZA DISKHALER	32

RELISTOR	52
<i>repaglinide</i>	37
REPATHA	43
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	43
REPATHA SURECLICK	43
RESTASIS	67
RETACRIT	38
RETEVMO	23
RETROVIR	32
REVLIMID	23
REXULTI	29
REYATAZ	32
RHOPRESSA	67
RIABNI	23
<i>ribavirin</i>	32
RIDAURA	63
<i>rifabutin</i>	18
<i>rifampin</i>	18
<i>riluzole</i>	45
<i>rimantadine hcl</i>	32
RINVOQ	63
<i>risedronate sodium</i>	65
RISPERDAL CONSTA	29
<i>risperidone</i>	29, 30
<i>ritonavir</i>	32
RITUXAN	23
<i>rivastigmine</i>	13
<i>rivastigmine tartrate</i>	13
<i>rizatriptan benzoate</i>	17
<i>ropinirole hcl</i>	27
<i>rosadan</i>	9
<i>rosuvastatin calcium</i>	43
ROTARIX	63
ROTATEQ	63
<i>roweepra</i>	11
ROZLYTREK	23
RUBRACA	23
<i>rufinamide</i>	12
RUKOBIA	32
RYBREVANT	23
RYDAPT	23
RYLAZE	23
S	
<i>sajazir</i>	63
SANTYL	48
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	53
SARCLISA	23
SCSEMBLIX	23
<i>scopolamine</i>	16
SECUADO	30

<i>selegiline hcl</i>	27	<i>sronyx</i>	58
<i>selenium sulfide</i>	48	<i>ssd</i>	48
SELZENTRY	32	<i>stavudine</i>	32
SEREVENT DISKUS	70	STELARA	64
<i>sertraline hcl</i>	15	STERILE	65
<i>sevelamer carbonate</i>	50	STIOLTO RESPIMAT	70
<i>sf 45</i>		STIVARGA	23
<i>sf 5000 plus</i>	45	<i>streptomycin sulfate</i>	9
<i>sharobel</i>	58	STRIBILD	32
SHINGRIX	63	<i>subvenite</i>	12
SIGNIFOR	60	<i>subvenite starter kit-blue</i>	12
<i>sildenafil citrate</i>	53, 70	<i>subvenite starter kit-green</i>	12
<i>silver sulfadiazine</i>	48	<i>subvenite starter kit-orange</i>	12
<i>simliya</i>	58	SUCRAID	53
<i>simvastatin</i>	43	<i>sucralfate</i>	52
<i>sirolimus</i>	63	<i>sulfacetamide sodium</i>	9, 67
SIRTURO	18	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	9
SKYRIZI	48, 63, 64	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	67
SKYRIZI (150 MG DOSE)	63	<i>sulfadiazine</i>	9
SKYRIZI PEN	64	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	9
SOAANZ	43	<i>sulfasalazine</i>	64
<i>sodium chloride</i>	50	<i>sulindac</i>	4
<i>sodium chloride solution 0.9% irrigation</i>	50	<i>sumatriptan</i>	17
<i>sodium fluoride</i>	45, 46, 50	<i>sumatriptan succinate</i>	17
<i>sodium fluoride 2.2 mg</i>	50	<i>sumatriptan succinate refill</i>	17
<i>sodium fluoride 5000 enamel</i>	45	<i>sumatriptan-naproxen sodium</i>	17
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	46	<i>sunitinib malate</i>	23
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	46	SYMBICORT	70
<i>sodium fluoride 5000 sensitive</i>	46	SYMLINPEN 120	37
<i>sodium phenylbutyrate</i>	53	SYMLINPEN 60	37
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	50	SYMPAZAN	12
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	32	SYMTUZA	32
<i>solifenacin succinate</i>	53	SYNAREL	60
SOLTAMOX	23	SYNJARDY	37
SOMATULINE DEPOT	60	SYNJARDY XR	37
SOMAVERT	60	SYNRIBO	23
<i>sorafenib tosylate</i>	23	SYNTHROID	60
<i>sorine</i>	43	T	
<i>sotalol hcl</i>	43	TABLOID	23
<i>sotalol hcl (af)</i>	43	TABRECTA	24
SPIRIVA HANDIHALER	70	<i>tacrolimus</i>	48, 64
SPIRIVA RESPIMAT	70	<i>tadalafil</i>	53, 71
<i>spironolactone</i>	43	<i>tadalafil (pah)</i>	71
<i>spironolactone-hctz</i>	43	TAFINLAR	24
SPRAVATO (56 MG DOSE)	15	TAGRISSO	24
SPRAVATO (84 MG DOSE)	15	TALZENNA	24
<i>sprintec 28</i>	58	<i>tamoxifen citrate</i>	24
SPRITAM	12	<i>tamsulosin hcl</i>	53
SPRYCEL	23	<i>taperdex 6-day</i>	54
<i>sps</i>	50	TARGRETIN	24

<i>tarina fe 1/20</i>	58	<i>tolterodine tartrate er</i>	53
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	58	<i>topiramate</i>	12
TASIGNA.....	24	<i>topiramate er</i>	12
<i>tazarotene</i>	48	<i>toremifene citrate</i>	24
<i>tazicef</i>	9	<i>torseamide</i>	43
TAZORAC.....	48	TOUJEO MAX SOLOSTAR	37
<i>taztia xt</i>	43	TOUJEO SOLOSTAR.....	37
TAZVERIK.....	24	TPN ELECTROLYTES.....	50
TDVAX.....	64	TRACLEER.....	71
TECENTRIQ	24	TRADJENTA	37
TECFIDERA.....	45	<i>tramadol hcl</i>	4, 5
TEFLARO.....	9	<i>tramadol hcl er</i>	4, 5
TEKTURN HCT	43	<i>tramadol hcl er (biphasic)</i>	4
<i>temazepam</i>	71	<i>tramadol-acetaminophen</i>	5
TEMIXYS.....	32	<i>trandolapril</i>	43
TENIVAC	64	<i>tranexamic acid</i>	38
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	33	<i>tranylcypromine sulfate</i>	15
TEPMETKO	24	TRAVASOL	50
<i>terazosin hcl</i>	43	<i>travoprost (bak free)</i>	67
<i>terbinafine hcl</i>	17	<i>trazodone hcl</i>	15
<i>terbutaline sulfate</i>	71	TRECATOR	18
<i>terconazole</i>	17	TRELEGY ELLIPTA	71
TERIPARATIDE (RECOMBINANT).....	65	TRELSTAR MIXJECT	60
TESTOPEL	58	<i>tretinoin</i>	24, 48
<i>testosterone</i>	58, 59	<i>tretinoin microsphere</i>	48
<i>testosterone cypionate</i>	59	<i>tretinoin microsphere pump</i>	48
<i>testosterone enanthate</i>	59	TREXALL	64
<i>tetrabenazine</i>	45	<i>tri femynor</i>	59
<i>tetracycline hcl</i>	9	<i>triamcinolone acetonide</i>	46, 48
THALOMID	24	<i>triamterene-hctz</i>	43
<i>theophylline er</i>	71	<i>triderm</i>	48
<i>thioridazine hcl</i>	30	<i>trientine hcl</i>	50
<i>thiothixene</i>	30	<i>tri-estarylla</i>	59
<i>tiadylt er</i>	43	<i>trifluoperazine hcl</i>	30
<i>tiagabine hcl</i>	12	<i>trifluridine</i>	33
TIBSOVO	24	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	27
TICOVAC.....	64	<i>tri-linyah</i>	59
<i>tigecycline</i>	9	<i>trimethobenzamide hcl</i>	16
<i>timolol maleate</i>	43, 67	<i>trimethoprim</i>	9
<i>tinidazole</i>	9	<i>tri-mili</i>	59
TIVICAY	33	<i>trimipramine maleate</i>	15
TIVICAY PD	33	TRINTELLIX	15
<i>tizanidine hcl</i>	30	<i>tri-nymyo</i>	59
TOBI PODHALER.....	71	<i>tri-sprintec</i>	59
TOBRADEX.....	67	TRIUMEQ	33
<i>tobramycin</i>	9, 67, 71	TRIUMEQ PD	33
<i>tobramycin sulfate</i>	9	<i>trivora (28)</i>	59
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	67	<i>tri-vylibra</i>	59
TOBEX.....	67	TRIZIVIR	33
<i>tolcapone</i>	27	TRODELVY	65

TROPHAMINE	50	VERZENIO.....	25
TRULICITY	37	VIAGRA	54
TRUMENBA	64	VIBERZI.....	52
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE).....	24	VICTOZA.....	37
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE).....	24	<i>vienva</i>	59
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE).....	24	<i>vigabatrin</i>	12
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE).....	24	<i>vigadrone</i>	12
TUKYSA	24	VIIBRYD.....	15
TURALIO	24	VIIBRYD STARTER PACK	15
TWINRIX	64	<i>vilazodone hcl</i>	15
TYBLUME	59	VIMPAT	12
TYBOST	33	<i>viorele</i>	59
TYPHIM VI.....	64	VIRACEPT	33
U		VIREAD	33
UBRELVY.....	17	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	65
<i>unithroid</i>	60	VITRAKVI	25
UPTRAVI	71	VIVITROL.....	5
<i>ursodiol</i>	52	VIZIMPRO	25
V		<i>volnea</i>	59
<i>valacyclovir hcl</i>	33	VONJO	25
VALCHLOR.....	24	<i>voriconazole</i>	17
<i>valganciclovir hcl</i>	33	VOTRIENT.....	25
<i>valproic acid</i>	12	VRAYLAR	30
<i>valsartan</i>	43, 44	<i>vylibra</i>	59
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	44	W	
VALTOCO 10 MG DOSE.....	12	WAKIX.....	71
VALTOCO 15 MG DOSE.....	12	<i>warfarin sodium</i>	39
VALTOCO 20 MG DOSE.....	12	WELIREG.....	25
VALTOCO 5 MG DOSE.....	12	<i>wera</i>	59
<i>vancomycin hcl</i>	9	<i>wixela inhub</i>	71
VANCOMYCIN HCL	9	X	
VANDAZOLE	9	XALKORI.....	25
VAQTA.....	64	XARELTO	39
<i>ardenafil hcl</i>	53	XARELTO STARTER PACK	39
<i>varenicline tartrate</i>	5	XATMEP	64
VARIVAX	64	XCOPRI.....	12, 13
VARIZIG	64	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	12
VARUBI (180 MG DOSE).....	16	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	12
VASCEPA	44	XERMELO	52
<i>velivet</i>	59	XGEVA.....	65
VELPHORO	50	XIFAXAN.....	9
VENCLEXTA.....	24, 25	XIIDRA.....	67
VENCLEXTA STARTING PACK	25	XOFLUZA (40 MG DOSE)	33
<i>venlafaxine hcl</i>	15	XOFLUZA (80 MG DOSE)	33
<i>venlafaxine hcl er</i>	15	XOLAIR	64
VENTAVIS.....	71	XOSPATA	25
<i>verapamil hcl</i>	44	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	25
<i>verapamil hcl er</i>	44	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	25
VEREGEN.....	48	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	25
VERSACLOZ.....	30	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	25

XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	26	ZERBAXA.....	9
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	26	<i>zidovudine</i>	33
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	26	<i>ziprasidone hcl</i>	30
XTANDI	26	<i>ziprasidone mesylate</i>	30
Y		ZIRGAN	33
YF-VAX	64	<i>zoledronic acid</i>	65
<i>yuvafem</i>	59	ZOLINZA	26
Z		<i>zolmitriptan</i>	18
<i>zafirlukast</i>	71	<i>zolpidem tartrate</i>	71
ZARXIO	39	<i>zonisamide</i>	13
ZEJULA	26	ZORBTIVE.....	55
ZELBORAF.....	26	<i>zovia 1/35 (28)</i>	59
ZEMAIRA	53	<i>zovia 1/35e (28)</i>	59
<i>zenatane</i>	48	ZTALMY	13
ZENPEP	53	ZYDELIG	26
<i>zenzedi</i>	45	ZYKADIA	26
ZEPZELCA.....	26	ZYPREXA RELPREVV	30



Non-discrimination Notice

Discrimination Is Against the Law

Notice Informing Individuals about Nondiscrimination and Accessibility Requirements

Freedom Health, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Freedom Health, Inc. does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Freedom Health, Inc.:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact the Freedom Health Civil Rights Coordinator.

If you believe that Freedom Health, Inc. has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Freedom Health Civil Rights Coordinator
P.O. Box 152727
Tampa, FL 33684
Phone: 1-800-401-2740, TTY: 711
Fax: 813-506-6235

You can file a grievance by mail, fax, or phone. If you need help filing a grievance, the Freedom Health Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human
Services 200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Aviso de no discriminación

La discriminación es contra la ley

Aviso informar a las personas sobre la no discriminación y accesibilidad Requisitos

Freedom Health, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Freedom Health, Inc. no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Freedom Health, Inc.:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Freedom Health Civil Rights Coordinator.

Si considera que Freedom Health, Inc. no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Freedom Health Civil Rights Coordinator
P.O. Box 152727
Tampa, FL 33684
Teléfono: 1-800-401-2740, TTY: 711
Fax: 813-506-6235

Puede presentar el reclamo por correo postal, fax o correo teléfono. Si necesita ayuda para hacerlo, Freedom Health Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-401-2740 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-401-2740 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-401-2740 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-401-2740 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-401-2740 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-401-2740 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-401-2740 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpflicht. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-401-2740 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-401-2740 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-401-2740 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول . سيقوم شخص ما يتحدث العربية(711 TTY: 1-800-401-2740 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-401-2740 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-401-2740 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-401-2740 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-401-2740 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-401-2740 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-401-2740 (TTY: 711)にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。



PBP	Plan Name/Nombre del Plan
059	Freedom Medicare Plan Rx (HMO)
060	Freedom Medicare Plan Rx (HMO)
077	Freedom VIP Savings COPD (HMO C-SNP)
083	Freedom VIP Savings COPD (HMO C-SNP)
088	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)
089	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)
091	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)
092	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)
093	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)
094	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)
098	Freedom Platinum Plan Rx (HMO)
104	Freedom Platinum Plus Plan Rx (HMO)
109	Freedom Platinum Plus Plan Rx (HMO)
110	Freedom Platinum Plus Plan Rx (HMO)
111	Freedom Platinum Plus Plan Rx (HMO)

Call Toll-Free/Teléfono Gratuito: 1-800-401-2740

TTY: 711

www.freedomhealth.com

Dates/Fechas	Days/Días	Times/Horas
October 1 st to March 31 st Desde el 1 de octubre al 31 de marzo	7 days a week Los 7 días de la semana	8 a.m. to 8 p.m. EST De las 8 a.m. a las 8 p.m. EST
April 1 st to September 30 th Desde el 1 de abril al 30 de septiembre	Monday through Friday De lunes a viernes	8 a.m. to 8 p.m. EST De las 8 a.m. a las 8 p.m. EST

You may enroll in some plans only during specific times of the year.

Contact Freedom Health for more information.

Podrá inscribirse en algunos planes sólo durante fechas específicas del año.

Comuníquese con Freedom Health para más detalles.

This formulary was updated on 10/05/2022. For more recent information or other questions, please contact Freedom Health Member Services at 1-800-401-2740 or, for TTY users 711. From October 1 to March 31, we are open 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. EST. From April 1 to September 30, we are open Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. EST, or visit www.freedomhealth.com.

Este formulario fue actualizado el 10/05/2022. Para información más reciente u otras dudas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Freedom Health al 1-800-401-2740 o 711 para los usuarios de TTY. Del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, estamos abiertos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. EST. Del 1 de abril hasta el 30 de septiembre, estamos abiertos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. EST, o visite www.freedomhealth.com.