

2014



CIGNA-HEALTHSPRING COMPREHENSIVE FORMULARY (List of Covered Drugs)

Cigna-HealthSpring Formulario completo (Lista de medicamentos en cobertura)

HPMS Approved Formulary File Submission 14010, Version 9
Envío de archivo de Formulario 14010 aprobado por HPMS, Versión 9

PLANS COVERED

Planes en cobertura:

- | | |
|---|--|
| Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) | Cigna-HealthSpring Premier NMS (HMO-POS) |
| Cigna-HealthSpring Preferred AR (HMO) | Cigna-HealthSpring Premier (HMO-POS) |
| Cigna-HealthSpring Preferred KNX (HMO) | Cigna-HealthSpring Premier KNX (HMO-POS) |
| Cigna-HealthSpring Preferred NGA (HMO) | Cigna-HealthSpring Premier NGA (HMO-POS) |
| Cigna-HealthSpring Preferred SMS (HMO) | Cigna-HealthSpring Preferred (PPO) |
| Cigna-HealthSpring Preferred Plus (HMO) | |

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

Favor de leer: Este documento incluye información sobre los medicamentos que se cubren con este plan.

This formulary was updated on August 2013. For more recent information or other questions, please contact Cigna-HealthSpring Customer Service at 1-800-668-3813 or, for TTY users, 711, 7 days a week, 8 a.m. - 8 p.m., or visit www.mycignahealthspring.com. Este formulario se actualizó el Agosto de 2013. Para información más actualizada u otras preguntas, favor de contactar al Departamento de servicio al cliente de Cigna-HealthSpring, al 1-800-668-3813 o, para los usuarios de TTY, 711, 7 días de la semana, 8 a.m. - 8 p.m., o visite www.mycignahealthspring.com.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number at 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 days a week, 8 a.m. - 8 p.m. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Favor de contactar a nuestro Departamento de servicio al cliente al 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 días de la semana, 8 a.m. - 8 p.m.

Cigna-HealthSpring is contracted with Medicare for HMO, PPO and PDP plans and with select State Medicaid programs. Enrollment in Cigna-HealthSpring depends on contract renewal.

Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes HMO, PPO y PDP y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato.

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 Cigna-HealthSpring. When it refers to “plan” or “our plan,” it means Cigna-HealthSpring Preferred Plus (HMO), or Cigna-HealthSpring Preferred (HMO), or Cigna-HealthSpring Preferred AR (HMO), or Cigna-HealthSpring Preferred KNX (HMO), or Cigna-HealthSpring Preferred NGA (HMO), or Cigna-HealthSpring Preferred SMS (HMO), or Cigna-HealthSpring Premier (HMO-POS), or Cigna-HealthSpring Premier KNX (HMO-POS), or Cigna-HealthSpring Premier NGA (HMO-POS), or Cigna-HealthSpring Premier NMS (HMO-POS), or Cigna-HealthSpring Preferred (PPO).

This document includes a list of the drugs (formulary) for our plan which is current as of August 2013. 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, premium and/or copayments/coinsurance may change on January 1, 2015.

What is the Cigna-HealthSpring Comprehensive Formulary?

A formulary is a list of covered drugs selected by Cigna-HealthSpring 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. Cigna-HealthSpring will generally cover the drugs listed in our formulary as long as the drug is medically necessary, the prescription is filled at a Cigna-HealthSpring 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?

Generally, if you are taking a drug on our 2014 formulary that was covered at the beginning of the year, we will not discontinue or reduce coverage of the drug during the 2014 coverage year except when a new, less expensive generic drug becomes available or when new adverse information about the safety or effectiveness of a drug is released. Other types of formulary changes, such as removing a drug from our formulary, will not affect members who are currently taking the drug. It will remain available at the same cost-sharing for those members taking it for the remainder of the coverage year. We feel it is important that you have continued access for the remainder of the coverage year to the formulary drugs that were available when you chose our plan, except for cases in which you can save additional money or we can ensure your safety.

If we remove drugs from our formulary, add prior authorization, quantity limits and/or step therapy restrictions on a drug or move a drug to a higher cost-sharing tier, we must notify affected members of the change at least 60 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 60-day supply of the drug. 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. The enclosed formulary is current as of August 2013. To get updated information about the drugs covered by Cigna-HealthSpring, please contact us. Our contact information appears on the front and back cover pages. If there are significant changes made to the printed formulary within the covered year, you may be notified by mail identifying the changes. Formularies located on our website are reviewed and updated on a monthly basis.

How do I use the Formulary?

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

Medical Condition

The formulary begins on page 46. 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 46. 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 Alphabetic Drug List section that begins on page 2. The Alphabetical Drug List provides a list of all of the drugs included in this document. Both brand name drugs and generic drugs are in the Drug List. Look in the Alphabetical Drug List section of the document and find your drug. Next to your drug, you will see the drug tier, requirements/limits, and page number where you can find coverage information. Turn to the page listed in the Alphabetical Drug List section and find the name of your drug in the first column of the list.

What are generic drugs?

Cigna-HealthSpring 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:** Cigna-HealthSpring requires you or your physician to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval from Cigna-HealthSpring before you fill your prescriptions. If you don't get approval, Cigna-HealthSpring may not cover the drug.
- **Quantity Limits:** For certain drugs, Cigna-HealthSpring limits the amount of the drug that Cigna-HealthSpring will cover. For example, Cigna-HealthSpring provides 30 (capsules) per prescription for DEXILANT. This may be in addition to a standard one-month or three-month supply.
- **Step Therapy:** In some cases, Cigna-HealthSpring 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, Cigna-HealthSpring may not cover Drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, Cigna-HealthSpring 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 46. You can also get more information about the restrictions applied to specific covered drugs by visiting our Web site. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

You can ask Cigna-HealthSpring 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 Cigna-HealthSpring’s formulary?” on page A3 for information about how to request an exception.

Ordering your medication through a mail order pharmacy for home delivery.

Taking your prescription medication is important to your health. Filling your prescriptions through one of our mail order pharmacies is an easy and reliable way to get your medication delivered to your home on time, every time – so that you never run out. Just like the pharmacy you use today, there are licensed pharmacists available to answer your questions and put you at ease. Each prescription is filled carefully and reviewed against your known allergies, health conditions and any other medications you may be taking. You can contact your selected mail order pharmacy at any time 24 hours a day/ 7 days a week for one-on-one conversations from the privacy of your home. If needed, the mail order pharmacy can contact your doctor to talk about other medication options that may work better for you. Also, there may be additional cost savings by ordering your medication through one of the mail order pharmacies for home delivery within our network. For more information, please contact our Customer Service Department at the number located on the front and back cover of this document.

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 Customer Service and ask if your drug is covered. If you learn that Cigna-HealthSpring does not cover your drug, you have two options:

- You can ask Customer Service for a list of similar drugs that are covered by Cigna-HealthSpring. When you receive the list, show it to your doctor and ask him or her to prescribe a similar drug that is covered by Cigna-HealthSpring.
- You can ask Cigna-HealthSpring 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 Cigna-HealthSpring's Formulary?

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

- You can ask us to cover a drug even if it is not on our formulary. If approved, this drug will be covered at a pre-determined cost-sharing level, and you would not be able to ask us to provide the drug at a lower cost-sharing level.
- You can ask us to waive coverage restrictions or limits on your drug. For example, for certain a drug, Cigna-HealthSpring limits the amount of the drug that we will cover. If your drug has a quantity limit, you can ask us to waive the limit and cover a greater amount.
- You can ask us to provide a tiering exception for a higher cost sharing drug to be covered at a lower cost-sharing tier. If your drug is contained in our Non-Preferred Brand tier or the Non-Preferred Generic tier, you can ask us to cover it at the cost-sharing amount that applies to drugs in the respective Preferred Brand or Preferred Generic tier instead. This would lower the amount you must pay for your drug. If your drug is contained in our Brand tier you can ask to cover it at the cost-sharing amount that applies to drugs in the respective Generic tier if all generic alternatives in the lower cost tier used to treat the same condition/disease are determined to be not as effective as the Brand. Please note, if we grant your request to cover a drug that is not on our formulary, you may **not** ask us to provide a higher level of coverage for the drug. Also, you may not ask us to provide a higher level of coverage for drugs that are in the Specialty tier.

Generally, Cigna-HealthSpring 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, tiering or utilization restriction exception. **When you request a formulary, tiering 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 (unless you have a prescription written for fewer days) when you go to a network pharmacy. 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, we will allow you to refill your prescription until we have provided you with 93-day transition supply, consistent with dispensing increment, (unless you have a prescription written for fewer days). We will cover more than one refill of these drugs for the first 90 days you are a member of our plan. If you need a drug that is not on our formulary or if your ability to get your drugs is limited, but you are past the first 90 days of membership in our plan, we will cover a 31-day emergency supply of that drug (unless you have a prescription for fewer days) while you pursue a formulary exception.

In order to accommodate unexpected transitions of our members that do not leave time for advanced planning, such as level-of-care changes due to discharge from a hospital to a nursing facility or to a home, Cigna-HealthSpring will allow a one-time 31-day supply (unless the prescription is written for fewer days).

For more information

For more detailed information about your Cigna-HealthSpring prescription drug coverage, please review your Evidence of Coverage and other plan materials.

If you have questions about Cigna-HealthSpring, 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 www.medicare.gov.

Cigna-HealthSpring's Formulary

The comprehensive formulary below provides coverage information about all of the drugs covered by Cigna-HealthSpring. If you have trouble finding your drug in the list, turn to the Alphabetical Drug List that begins on page 2.

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

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

Some Cigna-HealthSpring plans offer additional prescription drug coverage in the coverage gap. Please refer to your Evidence of Coverage to see if your plan has this coverage and for more information.

We provide quantity limits on certain drugs which are indicated with a QL in the Alphabetical Drug list on page 2 along with the amount dispensed per the days supplied. (For example: Dexilant 30/30; this means the drug Dexilant is limited to 30 capsules per 30 days).

Key:

B/D = This prescription drug has a Part B versus D administrative prior authorization requirement. This drug may be covered under Medicare Part B or D depending on circumstances. Information may need to be submitted describing use and setting of the drug to make the determination.

MO = Mail Order, this drug is a maintenance medication

PA = This drug requires prior authorization

QL = This drug has quantity limits

ST = This drug has step therapy requirements

Drug Tier and Cost-Share Table start on page A12.

Formulario completo de Cigna-HealthSpring para el 2014 (Lista de medicamentos en cobertura)

Envío de archivo de Formulario 14010 aprobado por HPMS, Versión 9

Planes en cobertura:

Cigna-HealthSpring Preferred (HMO)
Cigna-HealthSpring Preferred AR (HMO)
Cigna-HealthSpring Preferred KNX (HMO)
Cigna-HealthSpring Preferred NGA (HMO)
Cigna-HealthSpring Preferred SMS (HMO)
Cigna-HealthSpring Preferred Plus (HMO)

Cigna-HealthSpring Premier NMS (HMO-POS)
Cigna-HealthSpring Premier (HMO-POS)
Cigna-HealthSpring Premier KNX (HMO-POS)
Cigna-HealthSpring Premier NGA (HMO-POS)
Cigna-HealthSpring Preferred (PPO)

**FAVOR DE LEER: ESTE DOCUMENTO INCLUYE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE SE CUBREN CON ESTE PLAN**

Nota para los miembros: Este formulario de medicamentos ha cambiado desde el año pasado. Favor de revisar el documento y asegurarse de que los medicamentos que toma aún se encuentren en la lista.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiera a “nosotros”, “nos”, o “nuestro”, esto significa Cigna-HealthSpring. Cuando se refiera al “plan” o “nuestro plan”, significa Cigna-HealthSpring Preferred Plus (HMO), o Cigna-HealthSpring Preferred (HMO), o Cigna-HealthSpring Preferred AR (HMO), o Cigna-HealthSpring Preferred KNX (HMO), o Cigna-HealthSpring Preferred NGA (HMO), o Cigna-HealthSpring Preferred SMS (HMO), o Cigna-HealthSpring Premier (HMO-POS), o Cigna-HealthSpring Premier KNX (HMO-POS), o Cigna-HealthSpring Premier NGA (HMO-POS), o Cigna-Healthspring Premier NMS (HMO-POS), o Cigna-HealthSpring Preferred (PPO).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) para nuestro plan, la cual se actualizó el agosto de 2013. Para una versión actualizada del formulario, por favor póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y al reverso.

Por lo general, debe acudir a farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Es posible que los beneficios, el formulario, las farmacias de la red, las primas y/o copagos/coseguros cambien el 1 de enero de 2015.

¿Qué es el Formulario completo de Cigna-HealthSpring?

Un formulario es una lista de medicamentos que selecciona Cigna-HealthSpring, en conjunto con un equipo de proveedores de servicios de atención médica, y que representa las terapias con medicamentos recetados que se considera son una parte esencial de un programa de tratamiento de calidad. En general, Cigna-HealthSpring cubre los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que sean médicamente necesarios, la receta se surta en una farmacia de la red de Cigna-HealthSpring y se respeten las otras reglas del plan. Para más información sobre cómo surtir sus recetas, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

Por lo general, si está tomando un medicamento que se encontraba en nuestro Formulario del 2014 a principios del año, no dejaremos, ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura del 2014, a menos que ponga a la venta un medicamento genérico más económico o se presente información adversa sobre la seguridad o efectividad del medicamento. Otros tipos de cambios que se hagan al formulario, como el retiro de algún medicamento, no afectaran a miembros que estén tomando dicho medicamento. Éste seguirá estando disponible y al mismo costo compartido para dichos miembros, por el resto del año de cobertura. Creemos que es muy importante que tenga acceso continuo durante el año de cobertura a los medicamentos que estaban disponibles cuando seleccionó nuestro plan, a menos que se presente la opción de que ahorre dinero o podamos garantizar su seguridad.

Si quitamos medicamentos del formulario, agregamos previa autorización, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada a un medicamento o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros que tomen dicho medicamento con al menos 60 días de anticipación a la fecha en que entre en vigencia el cambio o cuando el miembro renueve el medicamento, momento en que recibirá un suministro de 60 días. Si la *Food and Drug Administration* considera que un medicamento de nuestro formulario es poco seguro o el fabricante lo retira del mercado, retiraremos inmediatamente el medicamento del formulario y daremos aviso a los miembros que lo tomen. El formulario adjunto se actualizó en agosto de 2013. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos que cubre Cigna-HealthSpring, por favor póngase en contacto con nosotros. Nuestra información aparece en la portada y al reverso. En caso de que se hagan cambios importantes al formulario impreso dentro del año en cobertura, es posible que se le avise por correo sobre cuáles son los cambios. El formulario de nuestra página de internet se revisa y actualiza cada mes.

¿Cómo utilizo el formulario?

Existen dos formas de encontrar un medicamento en el formulario:

Problema médico

El formulario comienza en la página 46. Los medicamentos de este formulario están agrupados en categorías por tipo de problema médico que tratan. Por ejemplo, los medicamentos para tratar una afección cardíaca se incluyen dentro de la categoría, "AGENTES CARDIOVASCULARES". Si sabe para lo que se utiliza el medicamento, busque la categoría en la lista que comienza en la página 46. Después, busque el medicamento bajo dicha categoría.

Lista por orden alfabético

Si no está seguro de la categoría bajo la cual debe buscar, busque el medicamento en la sección de la Lista por orden alfabético de medicamentos que comienza en la página 2. La lista por orden alfabético de medicamentos proporciona un listado de todos los medicamentos que aparecen en el documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos están en la Lista de medicamentos. Busque en la sección de la Lista por orden alfabético de medicamentos del documento y encuentre su medicamento. Junto al medicamento, encontrará el nivel del medicamento, los límites/requisitos y el número de la página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página indicada en la sección de la Lista por orden alfabético de medicamentos y localice el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Cigna-HealthSpring cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Existe alguna restricción en la cobertura?

Algunos medicamentos que entran en cobertura pueden tener requisitos o límites adicionales de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** Cigna-HealthSpring exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará de la aprobación de Cigna-HealthSpring antes de surtir sus recetas médicas. Si no obtiene la aprobación, es posible que Cigna-HealthSpring no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Cigna-HealthSpring limita la cantidad de medicamento que entran en cobertura. Por ejemplo, Cigna-HealthSpring proporciona 30 (cápsulas) por receta médica de DEXILANT. Esto puede ser, además de un suministro normal de un mes ó tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, Cigna-HealthSpring le pedirá que pruebe primero con determinados medicamentos para tratar su enfermedad, antes de cubrir otros. Por ejemplo, si un medicamento A y un medicamento B sirven para tratar su condición médica, es posible que Cigna-HealthSpring no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe el medicamento A, primero. Si el medicamento A no funciona, entonces Cigna-HealthSpring cubrirá el medicamento B.

Para saber si un medicamento tiene algún requisito o límite adicional, consulte el formulario que comienza en la página 46. Puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a ciertos medicamentos visitando nuestra página de Internet. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y al reverso.

Puede solicitarle a Cigna-HealthSpring que haga una excepción a estas restricciones o límites, o pedirle una lista de otros medicamentos similares que pueden tratar su condición de salud. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción para el formulario de Cigna-HealthSpring?” en la página A9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

Ordenar su medicamento a través de una farmacia de orden por correo y así recibirlo en su casa.

Tomar su medicamento es importante para su salud. Surtir sus medicamentos a través de una de nuestras farmacias de orden por correo es una manera fácil y confiable de recibir su medicamento en su casa de manera puntual, y sin falta – por lo tanto nunca se quedará sin medicamento. Así como en la farmacia a la que acude actualmente, hay farmacéuticos autorizados disponibles para responder sus preguntas y facilitarle las cosas. Cada receta se surte y revisa cuidadosamente dependiendo sus alergias conocidas, condiciones de salud y cualquier otro medicamento que pueda estar tomando. Puede ponerse en contacto con su farmacia de orden por correo seleccionada en cualquier momento las 24 horas del día, los 7 días de la semana para conversar personalmente desde la privacidad de su casa. En caso de ser necesario, la farmacia de orden por correo puede ponerse en contacto con su médico para hablar sobre otras opciones de medicamentos que puedan funcionarle mejor. Además, puede haber ahorros adicionales al ordenar sus medicamentos a través de una de las farmacias de orden por correo dentro de nuestra red. Para más información, por favor póngase en contacto con nuestro Departamento de servicio al cliente al número que aparece en la portada y al reverso de este documento.

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

En caso de que su medicamento no se incluya en este formulario (lista de medicamentos en cobertura), debe primero contactar al Departamento de servicio al cliente y preguntar si su medicamento entra en cobertura. En caso de que le confirmen que Cigna-HealthSpring no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar al Departamento de servicio al cliente una lista de medicamentos similares que entren en la cobertura de Cigna-HealthSpring. Cuando la reciba, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que entre en la cobertura de Cigna-HealthSpring.
- Puede pedirle a Cigna-HealthSpring que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación la información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de Cigna-HealthSpring's?

Puede pedirle a Cigna-HealthSpring que haga una excepción a sus reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitar que hagamos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento, incluso si no se encuentra en nuestro formulario. Si lo aprobamos, el medicamento se cubrirá a un nivel de costo compartido predeterminado, y no podrá solicitarnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede solicitarnos que retiremos las restricciones o los límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Cigna-HealthSpring limita la cantidad de medicamento que cubrirá. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

Puede pedirnos que le demos una excepción de nivel para que cubramos un medicamento que tenga un costo compartido mayor a un nivel de costo compartido menor. En caso de que su medicamento se encuentre en nuestro nivel de medicamentos de marca no preferida o el nivel de medicamentos genéricos no preferidos, puede solicitarnos la cobertura de su medicamento a la cantidad de pago compartido que se aplique al medicamento de marca preferida o medicamentos genéricos preferidos. De esta manera se reduciría la cantidad que deba pagar por su medicamento. En caso de que su medicamento se encuentre en nuestro nivel de medicamentos de marca, puede solicitarnos la cobertura de su medicamento a la cantidad de pago compartido que se aplique a los medicamentos en el nivel genérico respectivo si todas las alternativas genéricas en el nivel de costo compartido menor usadas para tratar la misma condición/enfermedad no son tan efectivas como el medicamento de marca. Recuerde que si aceptamos su solicitud para cubrir un medicamento que no se encuentre en nuestro formulario, es posible que **no** pueda pedirnos que le demos un nivel más alto de cobertura para el medicamento. Además, es posible que no pueda pedirnos un nivel más alto de cobertura por medicamentos que se encuentren en el nivel de medicamentos especiales.

Por lo general, Cigna-HealthSpring sólo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, los medicamentos de un costo compartido más bajo o aquellos a los que se les aplican restricciones de uso adicionales, no tuviesen la misma efectividad para tratar su enfermedad y/o le ocasionaran efectos médicos adversos.

Póngase en contacto con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura inicial en el caso de una excepción al formulario, al nivel o a la restricción de uso. **Cuando solicite una excepción al formulario, al nivel o a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o la persona que le recete, que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas, a partir del momento en que presente la declaración del médico que le hizo la receta. Puede solicitar una respuesta más expedita (rápida) si usted o su médico creen que su salud resultaría afectada por la espera del plazo de 72 horas para obtener una respuesta. En caso de que se autorice la respuesta rápida, le daremos una respuesta en un término de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico o de la persona que realizó la receta médica.

¿Qué debo hacer antes de decirle a mi médico que quiero cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o continuo de nuestro plan, puede estar tomando medicamentos que no se encuentran en nuestro formulario. O bien, es posible que esté tomando un medicamento que se encuentre en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, puede requerir de nuestra autorización previa antes de surtir sus recetas. Hable con su médico para determinar si debe cambiar a un medicamento que entre en cobertura o solicitar una excepción al formulario para que se cubra el medicamento que está tomando. Mientras habla con su médico para determinar la medida correcta a seguir, podremos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no se encuentran en nuestro formulario, o que están limitados, daremos una cobertura temporal de un suministro de 30 días (a menos que su receta indique un suministro de menos días) cuando acuda a surtir su receta en un farmacia de la red. Después de su suministro de 30 días, dejaremos de cubrir el costo de estos medicamentos, incluso si usted ha sido miembro de este plan por menos de 90 días.

Si usted vive en un centro de atención médica de largo plazo, le permitiremos volver a surtir su receta hasta que le hayamos proporcionado un suministro de transición temporal de 93 días, consistente con el incremento de dispensación, (a menos que su receta indique un suministro de menos días). Cubriremos más de un relleno (refill) de dichos medicamentos por los primeros 90 días que usted sea miembro de nuestro plan. En caso de que necesite de un medicamento que no se encuentre en el formulario o que esté limitado, y ya tenga más 90 días de ser miembro de nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días del medicamento (a menos que su receta indique un suministro de menos días) mientras solicita que se haga una excepción al formulario.

Para adaptar transiciones inesperadas de nuestros miembros que no permiten hacer planes con anticipación, como los cambios de nivel de atención para pasar de un hospital a un centro de enfermería especializada o al hogar, Cigna-HealthSpring permitirá un único suministro de 31 días (a menos que la receta sea por menos días).

Para más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de Cigna-HealthSpring, consulte su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Cigna-HealthSpring, por favor póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y al reverso.

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 bien, visite www.medicare.gov.

Formulario de Cigna-HealthSpring's

El formulario completo siguiente ofrece información sobre la cobertura de todos los medicamentos que cubre Cigna-HealthSpring. En caso de que tenga problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte la Lista por orden alfabético de medicamentos que comienza en la página 2.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los nombres de los medicamentos de marca están en mayúscula (p. ej. DEXILANT) y los de medicamentos genéricos en minúscula y cursiva (p. ej. *simvastatin*).

La información en la columna de Requisitos/Límites indica si Cigna-HealthSpring tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

[Algunos planes de Cigna-HealthSpring ofrecen cobertura de medicamentos recetados adicional durante el hueco en la cobertura. Por favor consulte su Evidencia de cobertura para saber si su plan tiene esta cobertura y para más información.]

Brindamos límites de cantidad para ciertos medicamentos que están indicados con QL en la lista por orden alfabético que comienza en la página 2 junto con la cantidad despachada para los días suministrados. (Por ejemplo: Dexilant 30/30; esto significa que el medicamento Dexilant está limitado a 30 cápsulas por 30 días).

Clave:

B/D = Este medicamento tiene un requisito de autorización de la Parte B vs la Parte D. El medicamento puede entrar en cobertura con la Parte B o la D de Medicare, dependiendo de las circunstancias. Debe enviarse información que describa el uso y la base del medicamento para tomar esta decisión.

MO = Orden por correo; este medicamento es un medicamento de mantenimiento.

PA = Este medicamento requiere de autorización previa.

QL = Este medicamento tiene límite de cantidad.

ST = Este medicamento tiene requerimientos de terapia escalonada.

La Tabla de niveles de medicamentos y costos compartidos comienza en la página A12.

Drug Tier and Cost-Share Table / Tabla de nivel de medicamentos y costos compartidos

The following table represents the plan name, plan service area, the drug tier number as it appears in the formulary, and the cost-share amount for that tier number. Tier 1 is for Preferred Generic drugs. Tier 2 is for Non-Preferred Generic drugs. Tier number 3 is for Preferred Brand drugs. Tier number 4 is for Non-Preferred Brand drugs. Tier 5 is Specialty drugs. You may also refer to your Evidence of Coverage document for additional details.

There may be additional cost savings by ordering your medication through one of the mail order pharmacies for home delivery within our network. For more information, please contact our Customer Service Department at the number located on the front and back cover of this document.

To locate your drug cost, please refer to the tables below to find your service area and the Medicare Advantage plan in which you are currently enrolled in or would like to enroll in.

La siguiente tabla representa el nombre del plan, el área de servicio del plan, el número de nivel de medicamento, tal y como aparece en el formulario, y la cantidad de costo compartido para ese número de nivel. El nivel 1 es para los medicamentos genéricos preferidos. El nivel 2 es el nivel para los medicamentos genéricos no preferidos. El nivel 3 es para los medicamentos de marca preferida. El nivel 4 es el nivel para los medicamentos de marca no preferida. El nivel 5 es para los medicamentos de especialidad. [El nivel 6 es solamente para los planes de Cigna-HealthSpring y se denomina como Medicamentos seleccionados para personas diabéticas.] Para obtener más detalles, puede también consultar su Evidencia de cobertura.

Es posible que haya ahorros adicionales al ordenar su medicamento a través de una de las farmacias de orden por correo de nuestra red. Para más información, por favor póngase en contacto con nuestro Departamento de servicio al cliente al número que aparece al frente y al reverso de este documento.

Para localizar el costo de su medicamento, por favor consulte las tablas que están a continuación para encontrar su área de servicio y el plan Medicare Advantage en el que actualmente está inscrito o en el que le gustaría inscribirse.

Service Area / Área de servicio: Alabama

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H0150-001 Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) <i>Autauga, Baldwin, Bibb, Blount, Cherokee, Chilton, Colbert, Cullman, Dallas, DeKalb, Elmore, Etowah, Fayette, Jackson, Jefferson, Lamar, Lauderdale, Lawrence, Limestone, Lowndes, Madison, Mobile, Montgomery, Morgan, Shelby, St. Clair, Talladega, Tuscaloosa, Walker, AL</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$3 copay/ de copago</p> <p>\$12 copay/ de copago</p> <p>\$45 copay/ de copago</p> <p>\$85 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$0 copay/ de copago</p> <p>\$27 copay/ de copago</p> <p>\$125 copay/ de copago</p> <p>\$245 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>

Service Area / Área de servicio: Arkansas

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H3945-006 Cigna-HealthSpring Preferred AR (HMO) <i>Crittenden , AR</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$3 copay/ de copago</p> <p>\$12 copay/ de copago</p> <p>\$45 copay/ de copago</p> <p>\$80 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$0 copay/ de copago</p> <p>\$27 copay/ de copago</p> <p>\$125 copay/ de copago</p> <p>\$230 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>
<p>H4871-001 Cigna-HealthSpring Preferred (PPO) <i>Howard, AR</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$7 copay/ de copago</p> <p>\$11 copay/ de copago</p> <p>\$40 copay/ de copago</p> <p>\$80 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$12 copay/ de copago</p> <p>\$24 copay/ de copago</p> <p>\$110 copay/ de copago</p> <p>\$230 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>

Service Area / Área de servicio: Arkansas (con't)

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier</p> <p>Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H6972-001 Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) <i>Conway, Crawford, Franklin, Johnson, Logan, Pope, Scott, Sebastian, Yell, AR</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty 5 (Especialidad)</p>	<p>\$2 copay/ de copago</p> <p>\$11 copay/ de copago</p> <p>\$45 copay/ de copago</p> <p>\$95 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$0 copay/ de copago</p> <p>\$24 copay/ de copago</p> <p>\$125 copay/ de copago</p> <p>\$275 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>

Service Area / Área de servicio: Delaware			
Plan Name Counties Nombre del plan Condados	Drug Tier Nivel del medicamento	Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply) Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)	Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply) Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)
H2108-022 Cigna-HealthSpring Preferred HMO <i>Kent, New Castle, Sussex, DE</i>	1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos) 2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos) 3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida) 4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida) 5 (Specialty) 5 (Especialidad)	<i>\$8 copay/ de copago</i> <i>\$15 copay/ de copago</i> <i>\$45 copay/ de copago</i> <i>\$80 copay/ de copago</i> <i>29% coinsurance / de coseguro</i>	<i>\$15 copay/ de copago</i> <i>\$36 copay/ de copago</i> <i>\$125 copay/ de copago</i> <i>\$230 copay/ de copago</i> <i>29% coinsurance / de coseguro</i>
H2108-028 Cigna-HealthSpring Preferred Plus (HMO) <i>Kent, New Castle, Sussex, DE</i>	1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos) 2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos) 3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida) 4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida) 5 (Specialty) 5 (Especialidad)	<i>\$5 copay/ de copago</i> <i>\$12 copay/ de copago</i> <i>\$40 copay/ de copago</i> <i>\$80 copay/ de copago</i> <i>33% coinsurance / de coseguro</i>	<i>\$6 copay/ de copago</i> <i>\$27 copay/ de copago</i> <i>\$110 copay/ de copago</i> <i>\$230 copay/ de copago</i> <i>33% coinsurance / de coseguro</i>

Service Area / Área de servicio: Florida

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H5410-018 Cigna-HealthSpring Premier (HMO-POS) <i>Bay, Escambia , Santa Rosa , FL</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p><i>\$3 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$12 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$45 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$85 copay/ de copago</i></p> <p><i>33% coinsurance / de coseguro</i></p>	<p><i>\$0 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$27 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$125 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$245 copay/ de copago</i></p> <p><i>33% coinsurance / de coseguro</i></p>

Service Area / Área de servicio: Georgia

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H0439-001 Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) <i>Clayton , Cobb* , DeKalb , Fulton , Gwinett , GA : * Cobb Partial Counties: 30006, 30007, 30060, 30061, 30063, 30065, 30067, 30068, 30069, 30080, 30081, 30082, 30126, 30168, 30339</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$3 copay/ de copago</p> <p>\$12 copay/ de copago</p> <p>\$45 copay/ de copago</p> <p>\$85 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$0 copay/ de copago</p> <p>\$27 copay/ de copago</p> <p>\$125 copay/ de copago</p> <p>\$245 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>
<p>H2165-005 Cigna-HealthSpring Preferred NGA (HMO) <i>Catoosa, Dade, Walker, GA</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$3 copay/ de copago</p> <p>\$12 copay/ de copago</p> <p>\$45 copay/ de copago</p> <p>\$80 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$0 copay/ de copago</p> <p>\$27 copay/ de copago</p> <p>\$125 copay/ de copago</p> <p>\$230 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>

Service Area / Área de servicio: Georgia

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H2165-011 Cigna-HealthSpring Premier NGA (HMO-POS) <i>Catoosa, Dade, Walker, GA</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p><i>\$3 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$12 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$45 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$80 copay/ de copago</i></p> <p><i>33% coinsurance / de coseguro</i></p>	<p><i>\$0 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$27 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$125 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$230 copay/ de copago</i></p> <p><i>33% coinsurance / de coseguro</i></p>

Service Area / Área de servicio: Illinois

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H1415-021 Cigna-HealthSpring Premier (HMO-POS) <i>Cook, DuPage, Kane, Will, IL</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p><i>\$5 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$5 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$45 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$75 copay/ de copago</i></p> <p><i>33% coinsurance / de coseguro</i></p>	<p><i>\$6 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$6 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$125 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$215 copay/ de copago</i></p> <p><i>33% coinsurance / de coseguro</i></p>

Service Area / Área de servicio: Indiana

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H3945-003 Cigna-HealthSpring Premier (HMO-POS) <i>Lake , IN</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p><i>\$5 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$5 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$45 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$75 copay/ de copago</i></p> <p><i>33% coinsurance / de coseguro</i></p>	<p><i>\$6 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$6 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$125 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$215 copay/ de copago</i></p> <p><i>33% coinsurance / de coseguro</i></p>

Service Area / Área de servicio: Maryland			
Plan Name Counties Nombre del plan Condados	Drug Tier Nivel del medicamento	Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply) Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)	Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply) Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)
H2108-022 Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) <i>Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Harford, Howard, Montgomery, Prince George's MD</i>	1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)	\$8 copay/ de copago	\$15 copay/ de copago
	2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)	\$15 copay/ de copago	\$36 copay/ de copago
	3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)	\$45 copay/ de copago	\$125 copay/ de copago
	4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)	\$80 copay/ de copago	\$230 copay/ de copago
	5 (Specialty 5 (Especialidad)	29% coinsurance / de coseguro	29% coinsurance / de coseguro
	H2108-028 Cigna-HealthSpring Preferred Plus (HMO) <i>Montgomery, Prince George's, MD</i>	1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)	\$5 copay/ de copago
2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)		\$12 copay/ de copago	\$27 copay/ de copago
3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)		\$40 copay/ de copago	\$110 copay/ de copago
4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)		\$80 copay/ de copago	\$230 copay/ de copago
5 (Specialty 5 (Especialidad)		33% coinsurance / de coseguro	33% coinsurance / de coseguro

Service Area / Área de servicio: Mississippi (con't)

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H4407-002 Cigna-HealthSpring Preferred SMS (HMO) <i>Covington, Forrest, George, Hancock, Harrison, Hinds, Jackson, Jones, Lamar, Marion, Pearl River, Perry, Rankin, Stone, MS</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$3 copay/ de copago</p> <p>\$12 copay/ de copago</p> <p>\$45 copay/ de copago</p> <p>\$85 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$0 copay/ de copago</p> <p>\$27 copay/ de copago</p> <p>\$125 copay/ de copago</p> <p>\$245 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>
<p>H4407-022 Cigna-HealthSpring Premier NMS (HMO-POS) <i>DeSoto, Marshall, Tate, MS</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$3 copay/ de copago</p> <p>\$12 copay/ de copago</p> <p>\$45 copay/ de copago</p> <p>\$80 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$0 copay/ de copago</p> <p>\$27 copay/ de copago</p> <p>\$125 copay/ de copago</p> <p>\$230 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>

Service Area / Área de servicio: North Carolina

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H9725-001 Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) <i>Cabarrus, Davidson, Davie, Forsyth, Gaston, Rowan, Stokes, Yadkin, NC</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p><i>\$3 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$12 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$45 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$80 copay/ de copago</i></p> <p><i>33% coinsurance / de coseguro</i></p>	<p><i>\$0 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$27 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$125 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$230 copay/ de copago</i></p> <p><i>33% coinsurance / de coseguro</i></p>

Service Area / Área de servicio: Oklahoma

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H4125-001 Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) <i>Adair, Delaware, Haskell, Le Flore, McCurtain, Ottawa, Pushmataha, Sequoyah, OK</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$2 copay/ de copago</p> <p>\$11 copay/ de copago</p> <p>\$45 copay/ de copago</p> <p>\$95 copay/ de copago 3</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$0 copay/ de copago</p> <p>\$24 copay/ de copago</p> <p>\$125 copay/ de copago</p> <p>\$275 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>

Service Area / Área de servicio: Pennsylvania

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H3949-002 Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) <i>Bucks, Chester, Cumberland, Delaware, Lancaster, Montgomery, Philadelphia, York, PA</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$4 copay/ de copago</p> <p>\$10 copay/ de copago</p> <p>\$40 copay/ de copago</p> <p>\$80 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$3 copay/ de copago</p> <p>\$21 copay/ de copago</p> <p>\$110 copay/ de copago</p> <p>\$230 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>
<p>H3949-013 Cigna-HealthSpring Preferred Plus (HMO) <i>Bucks, Chester, Delaware, Montgomery, Philadelphia, PA</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$4 copay/ de copago</p> <p>\$8 copay/ de copago</p> <p>\$35 copay/ de copago</p> <p>\$70 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$3 copay/ de copago</p> <p>\$15 copay/ de copago</p> <p>\$95 copay/ de copago</p> <p>\$200 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>

Service Area / Área de servicio: Pennsylvania (con't)

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H3949-027 Cigna-HealthSpring Premier (HMO-POS) <i>Bucks, Montgomery, Philadelphia, PA</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p><i>\$7 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$10 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$40 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$80 copay/ de copago</i></p> <p><i>28% coinsurance / de coseguro</i></p>	<p><i>\$12 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$21 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$110 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$230 copay/ de copago</i></p> <p><i>28% coinsurance / de coseguro</i></p>

Service Area / Área de servicio: South Carolina

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H7020-001 Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) <i>Cherokee , Chester , Greenville , Spartanburg , York , SC.</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p><i>\$3 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$12 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$45 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$80 copay/ de copago</i></p> <p><i>33% coinsurance / de coseguro</i></p>	<p><i>\$0 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$27 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$125 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$230 copay/ de copago</i></p> <p><i>33% coinsurance / de coseguro</i></p>

Service Area / Área de servicio: Tennessee

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H4454-002 Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) <i>Bedford, Benton, Bledsoe, Bradley, Cannon, Carroll, Cheatham, Chester, Clay, Coffee, Crockett, Cumberland, Davidson, Decatur, DeKalb, Dickson, Fayette, Fentress, Franklin, Gibson, Giles, Grundy, Hamilton, Hardeman, Hardin, Haywood, Henderson, Hickman, Houston, Humphreys, Jackson, Lauderdale, Lawrence, Lewis, Lincoln, Macon, Madison, Marion, Marshall, Maury, McMinn, McNairy, Meigs, Monroe, Montgomery, Moore, Overton, Perry, Pickett, Polk, Putnam, Rhea, Robertson, Rutherford, Sequatchie, Shelby, Smith, Stewart, Sumner, Tipton, Trousdale, Van Buren, Warren, Wayne, White, Williamson, Wilson, TN</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$3 copay/ de copago</p> <p>\$12 copay/ de copago</p> <p>\$45 copay/ de copago</p> <p>\$80 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$0 copay/ de copago</p> <p>\$27 copay/ de copago</p> <p>\$125 copay/ de copago</p> <p>\$230 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>

Service Area / Área de servicio: Tennessee (con't)

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H4454-030 Cigna-HealthSpring Premier (HMO-POS) <i>Bedford, Benton, Bledsoe, Bradley, Cannon, Carroll, Cheatham, Chester, Clay, Coffee, Crockett, Cumberland, Davidson, Decatur, DeKalb, Dickson, Fayette, Fentress, Franklin, Gibson, Giles, Grundy, Hamilton, Hardeman, Hardin, Haywood, Henderson, Hickman, Houston, Humphreys, Jackson, Lauderdale, Lawrence, Lewis, Lincoln, Macon, Madison, Marion, Marshall, Maury, McMinn, McNairy, Meigs, Monroe, Montgomery, Moore, Overton, Perry, Pickett, Polk, Putnam, Rhea, Robertson, Rutherford, Sequatchie, Shelby, Smith, Stewart, Sumner, Tipton, Trousdale, Van Buren, Warren, Wayne, White, Williamson, Wilson, TN</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$3 copay/ de copago</p> <p>\$12 copay/ de copago</p> <p>\$45 copay/ de copago</p> <p>\$80 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$0 copay/ de copago</p> <p>\$27 copay/ de copago</p> <p>\$125 copay/ de copago</p> <p>\$230 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>

Service Area / Área de servicio: Tennessee (con't)

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H4454-031 Cigna-HealthSpring Preferred KNX (HMO) <i>Anderson, Blount, Campbell, Cocke, Grainger, Hamblen, Hancock, Jefferson, Knox, Loudon, Morgan, Roane, Scott, Sevier, Union, TN.</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$5 copay/ de copago</p> <p>\$12 copay/ de copago</p> <p>\$45 copay/ de copago</p> <p>\$80 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$6 copay/ de copago</p> <p>\$27 copay/ de copago</p> <p>\$125 copay/ de copago</p> <p>\$230 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>
<p>H4454-032 Cigna- HealthSpring Premier KNX (HMO-POS) <i>Anderson, Blount, Campbell, Cocke, Grainger, Hamblen, Hancock, Jefferson, Knox, Loudon, Morgan, Roane, Scott, Sevier, Union, TN.</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$3 copay/ de copago</p> <p>\$12 copay/ de copago</p> <p>\$45 copay/ de copago</p> <p>\$80 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$0 copay/ de copago</p> <p>\$27 copay/ de copago</p> <p>\$125 copay/ de copago</p> <p>\$230 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>

Service Area / Área de servicio: Texarkana

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H2676-001 Cigna-HealthSpring Preferred (PPO) Miller, AR; Bowie, Cass, Titus, TX</p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$7 copay/ de copago</p> <p>\$11 copay/ de copago</p> <p>\$40 copay/ de copago</p> <p>\$80 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$12 copay/ de copago</p> <p>\$24 copay/ de copago</p> <p>\$110 copay/ de copago</p> <p>\$230 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>

Service Area / Área de servicio: Texas

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H2165-018 Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) <i>Cherokee, Grayson, Gregg, Hale, Henderson, Hockley, Lubbock, Rains, Rusk, Smith, Upshur, Van Zandt, Wood, TX</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$3 copay/ de copago</p> <p>\$8 copay/ de copago</p> <p>\$35 copay/ de copago</p> <p>\$70 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$0 copay/ de copago</p> <p>\$15 copay/ de copago</p> <p>\$95 copay/ de copago</p> <p>\$200 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>
<p>H4513-001 Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) <i>Angelina, Brazoria, Cameron, Chambers, Fort Bend, Galveston*, Hardin, Harris, Hidalgo, Jasper, Jefferson, Liberty, Montgomery, Nacogdoches, Newton, Orange, Polk, Sabine, San Augustine, San Jacinto, Shelby, Tyler, Walker, Waller, Webb, Willacy, TX: *Galveston partial counties: 77510, 77511, 77517, 77518, 77539, 77546, 77549, 77563, 77565, 77568, 77573, 77574, 77590, 77591, 77592</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$0 copay/ de copago</p> <p>\$4 copay/ de copago</p> <p>\$30 copay/ de copago</p> <p>\$60 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$0 copay/ de copago</p> <p>\$3 copay/ de copago</p> <p>\$80 copay/ de copago</p> <p>\$170 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>

Service Area / Área de servicio: Texas (con't)

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H4528-001 Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) <i>Bexar, Collin, Dallas, Denton, El Paso, Ellis, Hood, Johnson, Parker, Rockwall, Tarrant, Wise, TX</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$3 copay/ de copago</p> <p>\$8 copay/ de copago</p> <p>\$35 copay/ de copago</p> <p>\$70 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$0 copay/ de copago</p> <p>\$15 copay/ de copago</p> <p>\$95 copay/ de copago</p> <p>\$200 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>
<p>H7787-001 Cigna-HealthSpring Preferred (PPO) <i>Cherokee, Collin, Dallas, Denton, Grayson, Gregg, Hale, Henderson, Hockley, Johnson, Kaufmann, Lubbock, Rains, Rockwall, Rusk, Smith, Tarrant, Upshur, Van Zandt, Wood, TX</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$3 copay/ de copago</p> <p>\$8 copay/ de copago</p> <p>\$35 copay/ de copago</p> <p>\$70 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$0 copay/ de copago</p> <p>\$15 copay/ de copago</p> <p>\$95 copay/ de copago</p> <p>\$200 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>

Service Area / Área de servicio: Texas (con't)

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H7811-001 Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) <i>Armstrong, Carson, Deaf Smith, Oldham, Potter, Randall, TX</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$2 copay/ de copago</p> <p>\$11 copay/ de copago</p> <p>\$45 copay/ de copago</p> <p>\$95 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$0 copay/ de copago</p> <p>\$24 copay/ de copago</p> <p>\$125 copay/ de copago</p> <p>\$275 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>
<p>H7811-002 Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) <i>Gregg, Harrison, Henderson, TX</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p>\$2 copay/ de copago</p> <p>\$11 copay/ de copago</p> <p>\$45 copay/ de copago</p> <p>\$95 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>	<p>\$0 copay/ de copago</p> <p>\$24 copay/ de copago</p> <p>\$125 copay/ de copago</p> <p>\$275 copay/ de copago</p> <p>33% coinsurance / de coseguro</p>

Service Area / Área de servicio: Washington, D.C.

<p>Plan Name Counties</p> <p>Nombre del plan Condados</p>	<p>Drug Tier Nivel del medicamento</p>	<p>Member Cost-Share for Retail Pharmacy Drugs (one month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de la farmacia de venta al menudeo (un mes de suministro)</p>	<p>Member Cost-Share for Home Delivery of Drugs by Mail (3 month supply)</p> <p>Costo compartido del miembro para los medicamentos de orden por correo (3 meses de suministro)</p>
<p>H2108-028 Cigna-HealthSpring Preferred Plus (HMO) <i>Washington, D.C.</i></p>	<p>1 (Preferred Generic) 1 (Genéricos preferidos)</p> <p>2 (Non-Preferred Generic) 2 (Genéricos no preferidos)</p> <p>3 (Preferred Brand) 3 (Marca preferida)</p> <p>4 (Non-Preferred Brand) 4 (Marca no preferida)</p> <p>5 (Specialty) 5 (Especialidad)</p>	<p><i>\$5 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$12 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$40 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$80 copay/ de copago</i></p> <p><i>33% coinsurance / de coseguro</i></p>	<p><i>\$6 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$27 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$110 copay/ de copago</i></p> <p><i>\$230 copay/ de copago</i></p> <p><i>33% coinsurance / de coseguro</i></p>

*This page intentionally left blank.
Esta página se dejó en blanco intencionalmente.*

This page intentionally left blank.
Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
-----------	-----------	---------------	------

A			
<i>abacavir</i>	2	MO	60
ABELCET	4	PA	55
ABILIFY INJ	4		59
ABILIFY ORAL SOLN	3	QL(900/30) MO	59
ABILIFY TABS	3	QL(30/30) MO	59
ABILIFY DISCMELT	3	QL(60/30) MO	59
ABILIFY MAINTENA INJ 300MG	5	ST	59
ABRAXANE	5	B/D PA	56
<i>absorica caps 10mg, 20mg</i>	2		68
<i>acarbose</i>	2	QL(90/30) MO	62
<i>acebutolol hcl</i>	2	MO	65
<i>acetaminophen/caffeine/dihydrocodeine bitartrate</i>	2	QL(150/30)	46
<i>acetaminophen/codeine oral soln</i>	2	QL(5000/30)	46
<i>acetaminophen/codeine tabs 300mg 60mg</i>	2	QL(240/30)	46
<i>acetaminophen/codeine tabs 300mg 15mg</i>	2	QL(360/30)	46
<i>acetaminophen/codeine #3</i>	2	QL(360/30)	46
<i>acetazolamide</i>	2		78
<i>acetazolamide er</i>	2	MO	66
<i>acetazolamide sodium</i>	2	MO	78
<i>acetic acid otic soln</i>	4		66
<i>acetylcysteine inhalation soln</i>	2	B/D PA	79
ACTHIB	4		75
<i>acticin</i>	2		58

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
-----------	-----------	---------------	------

ACTIMMUNE	5	PA	75
ACTONEL TABS 150MG	3	QL(1/28) MO	75
ACTONEL TABS 35MG	3	QL(4/28) MO	75
ACTONEL TABS 30MG, 5MG	3	QL(30/30) MO	75
<i>acyclovir</i>	2		61
<i>acyclovir sodium</i>	4		61
ADACEL	4		75
ADAGEN	5	PA MO	69
<i>adriamycin inj 20mg</i>	4	B/D PA	56
ADVAIR DISKUS	3	QL(60/30) MO	78
ADVAIR HFA	3	QL(24/30) MO	78
AEROCHAMBE R MAX VALVED HOLDING CHAMBER W/COMFORTSEAL MASK	3	QL(1/365)	76
AEROCHAMBE R PLUS FLOW-VU	3	QL(1/365)	76
AEROCHAMBE R PLUS FLOW-VU/LARGE MASK	3	QL(1/365)	76
AEROCHAMBE R PLUS FLOW-VU/MASK	3	QL(1/365)	76
AEROCHAMBE R PLUS FLOW-VU/SMALL MASK	3	QL(1/365)	76
AEROCHAMBE R Z-STAT PLUS/MEDIUM MASK	3	QL(1/365)	76
<i>afeditab cr</i>	2	MO	66
AFINITOR	5	PA QL(30/30)	57

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
AGGRENEX	3	QL(60/30) MO	64
<i>a-hydrocort</i>	4		70
<i>ak-poly-bac</i>	2		48
ALA SCALP	3		70
ALBENZA	3		58
<i>albuterol sulfate nebu 0.5%</i>	1	B/D PA QL(360/30) MO	79
<i>albuterol sulfate nebu 0.083%</i>	1	B/D PA QL(375/30) MO	79
<i>albuterol sulfate nebu 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	2	B/D PA QL(375/30) MO	79
<i>albuterol sulfate syrp</i>	1	MO	79
<i>albuterol sulfate tabs</i>	1	MO	79
<i>albuterol sulfate er</i>	2	MO	79
<i>alclometasone dipropionate alcohol preps pads</i>	2		70
ALDURAZYME	5	PA	69
<i>alendronate sodium tabs 35mg, 70mg</i>	1	QL(4/28) MO	75
<i>alendronate sodium tabs 10mg, 40mg, 5mg</i>	2	QL(30/30) MO	75
ALIMTA INJ 500MG	5	B/D PA	56
ALINIA	3		58
<i>allopurinol</i>	1	MO	55
<i>allopurinol sodium</i>	4		55
ALOCRIAL	3		77
ALORA	3	PA	72

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
ALOXI	4	B/D PA	54
<i>alprazolam tabs 0.25mg, 0.5mg</i>	2	QL(90/30)	61
<i>alprazolam tabs 2mg</i>	2	QL(150/30)	61
<i>alprazolam tabs 1mg</i>	2	QL(300/30)	61
<i>alprazolam odt tbdp 0.25mg, 0.5mg</i>	2	QL(90/30)	61
<i>alprazolam odt tbdp 2mg</i>	2	QL(150/30)	61
<i>alprazolam odt tbdp 1mg</i>	2	QL(300/30)	61
<i>amantadine hcl caps</i>	2	MO	61
<i>amantadine hcl syrp</i>	2		61
<i>amantadine hcl tabs</i>	2	MO	61
AMBISOME	4	PA	55
<i>amcinonide</i>	2		70
<i>a-methapred inj 40mg</i>	4		70
<i>amifostine</i>	4	B/D PA	56
<i>amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 50mg/ml</i>	4		48
<i>amiloride hcl</i>	2	MO	67
<i>amiloride/hydroc hlorothiazide</i>	1	MO	67
<i>aminophylline</i>	4		79
AMINOSYN	4	B/D PA	80
AMINOSYN 7%/ELECTROLYTES	4	B/D PA	80
AMINOSYN 8.5%/ELECTROLYTES	4	B/D PA	80

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
AMINOSYN II	4	B/D PA	80
AMINOSYN II	4	B/D PA	80
4.25/DEXTROS E25%			
AMINOSYN II	4	B/D PA	80
5/DEXTROSE 25			
AMINOSYN II	4	B/D PA	80
8.5%/ELECTRO LYTES			
AMINOSYN M	4	B/D PA	80
AMINOSYN- HBC	4	B/D PA	80
AMINOSYN-HF	4	B/D PA	80
AMINOSYN-PF	4	B/D PA	80
AMINOSYN-PF	4	B/D PA	80
7%			
<i>amiodarone hcl inj 50mg/ml</i>	4		65
<i>amiodarone hcl tabs 200mg, 400mg</i>	2	MO	65
AMITIZA	3	QL(60/30) MO	70
<i>amitriptyline hcl tabs 150mg</i>	2	PA MO	54
<i>amitriptyline hcl tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	PA MO	54
<i>amlodipine besylate</i>	1	MO	66
<i>amlodipine besylate/benaze pril hcl</i>	2	MO	66
<i>amlodipine besylate/benaze pril hydrochloride</i>	2	MO	66
<i>ammonium lactate</i>	2		68
<i>amnestem</i>	2		68
<i>amoxapine</i>	2	MO	54

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>amoxicillin caps</i>	1		50
<i>amoxicillin chew</i>	2		50
<i>amoxicillin susr</i>	1		50
<i>amoxicillin tabs</i>	2		50
<i>amoxicillin/clavul anate potassium chew</i>	2		50
<i>amoxicillin/clavul anate potassium susr</i>	2		50
<i>amoxicillin/clavul anate potassium tabs 250mg 125mg</i>	2		50
<i>amoxicillin/clavul anate potassium er</i>	2		50
<i>amoxicillin/potas sium clavulanate susr</i>	2		50
<i>amoxicillin/potas sium clavulanate tabs</i>	2		50
<i>amphetamine/de xtroamphetamine e cp24</i>	2	QL(60/30) MO	68
<i>amphetamine/de xtroamphetamine e tabs</i>	2	QL(90/30) MO	68
AMPHOTEC INJ 50MG	4	PA	55
<i>amphotericin b</i>	4	PA	55
<i>ampicillin caps</i>	2		50
<i>ampicillin susr 250mg/5ml</i>	2		50
<i>ampicillin sodium</i>	4		50
<i>ampicillin- sulbactam inj 10gm 5gm, 2gm 1gm</i>	4		50
AMPYRA	5	PA QL(60/30)	68

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
AMTURNIDE	3	ST MO	66
ANADROL-50	5	PA	72
<i>anagrelide</i>	2	MO	64
<i>hydrochloride</i>			
<i>anastrozole</i>	2	QL(30/30) MO	57
ANDROGEL	3	PA MO	72
GEL			
25MG/2.5GM,			
50MG/5GM			
ANDROGEL	3	PA	72
PUMP GEL			
1.62%			
ANDROGEL	3	PA MO	72
PUMP GEL 1%			
ANDROXY	3	PA	72
APOKYN	5	PA QL(60/30) MO	58
<i>apraclonidine</i>	2	MO	78
<i>apri</i>	2	MO	72
APRISO	3	MO	75
APTIVUS	5	MO	60
<i>aranelle</i>	2	MO	72
ARANESP	4	PA	64
ALBUMIN FREE			
INJ			
25MCG/0.42ML,			
25MCG/ML,			
40MCG/0.4ML,			
40MCG/ML,			
60MCG/0.3ML,			
60MCG/ML			
ARANESP	5	PA	64
ALBUMIN FREE			
INJ			
100MCG/0.5ML,			
100MCG/ML,			
150MCG/0.3ML,			
200MCG/0.4ML,			
200MCG/ML,			
300MCG/0.6ML,			

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
300MCG/ML,			
500MCG/ML			
ARCALYST	5	PA	75
ARRANON	4		56
ARZERRA INJ	5	B/D PA MO	58
100MG/5ML			
<i>ascomp/codeine</i>	2	PA QL(360/30)	46
<i>astramorph</i>	4		46
AELVIA	3	QL(4/28) MO	75
<i>atenolol</i>	1	MO	65
<i>atenolol/chlorthal</i>	1	MO	65
<i>idone</i>			
ATGAM	4	B/D PA	74
<i>atorvastatin</i>	2	QL(30/30) MO	67
<i>calcium</i>			
ATRIPLA	5	MO	60
<i>atropine sulfate</i>	4		69
<i>inj 0.05mg/ml,</i>			
<i>0.1mg/ml</i>			
ATROVENT HFA	3	QL(26/30) MO	79
<i>augmented</i>	2		70
<i>betamethasone</i>			
<i>dipropionate</i>			
AUGMENTIN	3		50
SUSR			
125MG/5ML			
31.25MG/5ML			
AVASTIN INJ	5	B/D PA	58
100MG/4ML			
AVELOX INJ	4		51
AVELOX TABS	3		51
AVELOX ABC	3		51
PACK			
<i>aviane</i>	2	MO	72
AVODART	3	MO	70
AVONEX	5	PA QL(4/28)	75
AVONEX PEN	5	PA QL(4/28)	68
AZACTAM IN	4		50
ISO-OSMOTIC			

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
DEXTROSE			
AZASAN	3	B/D PA MO	74
AZASITE	3		50
azathioprine	2	MO	74
azathioprine sodium	4		74
azelastine hcl ophthalmic soln	2		77
azelastine hcl nasal soln	2	QL(60/30)	78
AZILECT	3		53
azithromycin inj 500mg	4		50
azithromycin pack	2	QL(3/30)	50
azithromycin susr 200mg/5ml	2	QL(75/30)	50
azithromycin susr 100mg/5ml	2	QL(150/30)	50
azithromycin tabs	2	QL(12/28)	51
AZOPT	3		78
aztreonam	4		50
B			
baciim	4		48
bacitracin ophthalmic oint	2		48
bacitracin/polymyxin b	2		48
baclofen tabs 10mg	1	MO	60
baclofen tabs 20mg	2	MO	60
BACTROBAN NASAL	3		48
balsalazide disodium	2	MO	75
balziva	2	MO	72
BANZEL SUSP 400MG	5	PA MO	52
BANZEL TABS 400MG	5	PA MO	52

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
BANZEL TABS 200MG	4	PA MO	52
BARACLUDE	3	MO	61
bd needle/30g x 1/2	2	QL(200/30) MO	76
bd pen needle/mini/ultrafine/31g x 3/16	2	QL(200/30) MO	76
bd pen needle/nano/ultrafine/32g x 4mm	2	QL(200/30) MO	76
bd pen needle/ultrafine/29g x 12.7mm	2		76
benazepril hcl	1	MO	65
benazepril hcl/hydrochlorothiazide	2	MO	65
BENICAR	3	QL(30/30) ST MO	65
BENICAR HCT	3	QL(30/30) ST MO	65
benztropine mesylate inj	4	PA	58
benztropine mesylate tabs 2mg	1	PA MO	58
benztropine mesylate tabs 0.5mg, 1mg	2	PA MO	58
betamethasone dipropionate	2		70
betamethasone valerate	2		70
betaxolol hcl	2	MO	65
betaxolol hcl bethanechol chloride	2	MO	65
bicalutamide	2		74
BICNU	4	B/D PA	56
bisoprolol fumarate	2	MO	65
bisoprolol	1	MO	65

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>fumarate/hydroc</i>			
<i>hlorothiazide</i>			
<i>bleomycin</i>	4	B/D PA	56
<i>sulfate</i>			
BLEPHAMIDE	3		51
<i>blephamide</i>	2		51
<i>s.o.p.</i>			
BOOSTRIX	4		75
BOSULIF	5	PA	57
<i>briellyn</i>	2		72
BRILINTA	3	QL(60/30) MO	64
<i>brimonidine</i>	2	MO	78
<i>tartrate</i>			
<i>ophthalmic soln</i>			
<i>0.2%</i>			
<i>bromfenac</i>	2		77
<i>bromocriptine</i>	2	MO	58
<i>mesylate</i>			
<i>budeprion sr</i>	2	QL(60/30) MO	53
<i>tb12 100mg</i>			
<i>budeprion sr</i>	2	QL(90/30) MO	53
<i>tb12 150mg</i>			
<i>budesonide cp24</i>	2		75
<i>budesonide susp</i>	2	B/D PA QL(120/30)	78
<i>bumetanide inj</i>	4		67
<i>bumetanide tabs</i>	1	MO	67
<i>0.5mg, 1mg</i>			
<i>bumetanide tabs</i>	2	MO	67
<i>2mg</i>			
BUPHENYL	5	MO	69
<i>buprenorphine</i>	4	PA	47
<i>hcl inj</i>			
<i>buprenorphine</i>	2	PA QL(24/30)	47
<i>hcl subl</i>			
<i>buprenorphine</i>	2	PA QL(90/30)	47
<i>hcl/naloxone hcl</i>			
<i>buproban</i>	2	QL(60/30) MO	47
<i>bupropion hcl</i>	2	MO	53
<i>bupropion hcl er</i>	2	QL(60/30) MO	53

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>tb12 200mg</i>			
<i>bupropion hcl sr</i>	2	PA QL(60/30) MO	47
<i>tb12 150mg</i>			
<i>bupropion hcl sr</i>	2	QL(60/30) MO	53
<i>tb12 100mg,</i>			
<i>200mg</i>			
<i>bupropion hcl sr</i>	2	QL(90/30) MO	53
<i>tb12 150mg</i>			
<i>bupropion hcl xl</i>	2	QL(30/30) MO	53
<i>tb24 300mg</i>			
<i>bupropion hcl xl</i>	2	QL(90/30) MO	53
<i>tb24 150mg</i>			
<i>bupirone hcl</i>	1		61
<i>tabs 10mg, 5mg</i>			
<i>bupirone hcl</i>	2		61
<i>tabs 15mg,</i>			
<i>30mg, 7.5mg</i>			
BUSULFEX	5	B/D PA	56
<i>butalbital/acetam</i>	2	PA QL(180/30)	46
<i>inophen/caffeine/</i>			
<i>codeine</i>			
<i>butorphanol</i>	4		46
<i>tartrate inj</i>			
<i>butorphanol</i>	2	QL(5/30)	46
<i>tartrate nasal</i>			
<i>soln</i>			
BYDUREON	3	QL(4/28)	62
BYETTA	3	QL(2.4/30) MO	62
C			
<i>cabergoline</i>	2		73
<i>cafegot</i>	2		55
<i>calcipotriene</i>	2		68
<i>crea</i>			
<i>calcipotriene</i>	2		68
<i>external soln</i>			
<i>calcipotriene oint</i>	2	QL(120/30)	68
<i>calcitonin-</i>	2	QL(3.7/30) MO	75
<i>salmon</i>			
<i>calcitriol caps</i>	2	B/D PA MO	75

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>calcitriol inj</i>	4	B/D PA	75
<i>calcitriol oral soln</i>	2	B/D PA MO	75
<i>calcium acetate caps</i>	2	MO	80
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	2	MO	80
<i>calcium folinate</i>	4		56
<i>camila</i>	2	MO	73
CAMPRAL	3	PA QL(180/30) MO	47
CANCIDAS	5	PA	55
<i>candesartan</i>	2	MO	67
<i>cilexetil/hydrochl orothiazide</i>			
CAPASTAT SULFATE	4		56
CAPRELSA	5	PA	56
<i>captopril</i>	1	MO	65
<i>captopril/hydroch lorthiazide</i>	2	MO	65
CARAC	3		68
CARAFATE SUSP	3	MO	70
CARBAGLU	5		69
<i>carbamazepine</i>	2	MO	52
<i>carbamazepine er cp12</i>	2		52
<i>carbamazepine er tb12</i>	2	MO	52
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	MO	58
<i>carbidopa/levodopa cr</i>	2	MO	58
<i>carbidopa/levodopa er</i>	2	MO	58
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	2	MO	58
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	2	MO	58
<i>carboplatin inj 150mg/15ml</i>	4	B/D PA	56
<i>carteolol hcl</i>	2	MO	78

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>cartia xt</i>	2	MO	66
<i>carvedilol</i>	1	MO	65
CEENU	3		56
<i>cefaclor caps</i>	2		49
<i>cefaclor er</i>	2		49
<i>cefadroxil</i>	2		49
<i>cefazolin sodium inj 10gm, 1gm, 1gm 5%, 500mg</i>	4		49
<i>cefazolin sodium/dextrose inj 2gm 3%</i>	4		49
<i>cefdinir</i>	2		49
<i>cefepime inj 1gm, 1gm/50ml 5%, 2gm, 2gm/100ml, 2gm/50ml 5%</i>	4		49
<i>cefotaxime sodium</i>	4		49
<i>cefotetan</i>	4		50
<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	4		49
<i>cefopodoxime proxetil</i>	2		49
<i>cefprozil</i>	2		49
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	4		49
<i>ceftazidime/dextrose</i>	4		49
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	4		49
<i>ceftriaxone sodium</i>	4		49
<i>cefuroxime axetil</i>	2		49
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 7.5gm, 750mg</i>	4		50

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
CELEBREX	3	QL(60/30) ST MO	47
CELESTONE	3		70
CELLCEPT	3	B/D PA	74
SUSR			
CELLCEPT	4	B/D PA	74
INTRAVENOUS			
CELONTIN	3	MO	52
<i>cephalexin caps</i>	1		50
<i>250mg, 500mg</i>			
<i>cephalexin susr</i>	2		50
<i>cephalexin tabs</i>	2		50
CEREZYME	5	B/D PA	69
<i>cerubidine</i>	4	B/D PA	56
CERVARIX	4		75
CHANTIX	3	PA QL(340/365)	47
CHANTIX	3	PA QL(106/365)	47
STARTING			
MONTH PAK			
CHEMET	3		80
<i>chloramphenicol</i>	1		48
<i>sodium</i>			
<i>succinate</i>			
<i>chlorhexidine</i>	1		68
<i>gluconate oral</i>			
<i>rinse</i>			
<i>chloroquine</i>	2	MO	58
<i>phosphate</i>			
<i>chlorothiazide</i>	2	MO	67
<i>chlorothiazide</i>	4	B/D PA	67
<i>sodium</i>			
<i>chlorpromazine</i>	4		58
<i>hcl inj</i>			
<i>chlorpromazine</i>	2	MO	58
<i>hcl tabs</i>			
<i>chlorthalidone</i>	1	MO	67
<i>tabs 25mg,</i>			
<i>50mg</i>			
<i>chlorzoxazone</i>	2	PA MO	80
<i>cholestyramine</i>	2	MO	67

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>cholestyramine</i>	2	MO	67
<i>light</i>			
<i>chorionic</i>	4	PA	72
<i>gonadotropin</i>			
<i>ciclopirox sham</i>	2		55
<i>ciclopirox susp</i>	2		55
<i>ciclopirox nail</i>	2		55
<i>lacquer</i>			
<i>ciclopirox</i>	2		55
<i>olamine</i>			
<i>cidofovir</i>	5		60
<i>cilostazol</i>	2	MO	64
CILOXAN OINT	3		51
<i>cimetidine</i>	2	MO	69
<i>cimetidine hcl inj</i>	4		69
<i>cimetidine hcl</i>	2	MO	69
<i>oral soln</i>			
CIPRO HC	3		51
CIPRODEX	3		51
<i>ciprofloxacin inj</i>	4		51
<i>400mg/40ml</i>			
<i>ciprofloxacin er</i>	2		51
<i>ciprofloxacin hcl</i>	2		51
<i>ophthalmic soln</i>			
<i>ciprofloxacin hcl</i>	2		51
<i>tabs 100mg,</i>			
<i>750mg</i>			
<i>ciprofloxacin hcl</i>	1		51
<i>tabs 250mg,</i>			
<i>500mg</i>			
<i>ciprofloxacin i.v.-</i>	4		51
<i>in d5w</i>			
<i>cisplatin inj</i>	4	B/D PA	56
<i>100mg/100ml</i>			
<i>citalopram</i>	1	QL(600/30) MO	53
<i>hydrobromide</i>			
<i>oral soln</i>			
<i>citalopram</i>	1	QL(30/30) MO	53
<i>hydrobromide</i>			

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>tabs 40mg</i>			
<i>citalopram</i>	1	QL(60/30) MO	53
<i>hydrobromide</i>			
<i>tabs 10mg,</i>			
<i>20mg</i>			
<i>cladribine</i>	4	B/D PA	56
<i>claravis</i>	2		68
<i>clarithromycin</i>	2		51
<i>clarithromycin er</i>	2	QL(60/30)	51
<i>clindamycin hcl</i>	2		48
<i>clindamycin</i>	2		48
<i>phosphate crea</i>			
<i>clindamycin</i>	4		48
<i>phosphate inj</i>			
<i>150mg/ml</i>			
<i>clindamycin</i>	2		68
<i>phosphate</i>			
<i>external soln</i>			
<i>clindamycin</i>	2		68
<i>phosphate gel</i>			
<i>clindamycin</i>	2		68
<i>phosphate lotn</i>			
<i>clindamycin</i>	2		68
<i>phosphate swab</i>			
<i>clindamycin</i>	4		48
<i>phosphate add-</i>			
<i>vantage</i>			
CLINIMIX	4	B/D PA	80
2.75%/DEXTRO			
SE 5%			
<i>clinimix</i>	4	B/D PA	80
<i>4.25%/dextrose</i>			
<i>10%</i>			
<i>clinimix</i>	4	B/D PA	62
<i>4.25%/dextrose</i>			
<i>20%</i>			
<i>clinimix</i>	4	B/D PA	80
<i>4.25%/dextrose</i>			
<i>25%</i>			
CLINIMIX	4	B/D PA	80
4.25%/DEXTRO			

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
SE 5%			
CLINIMIX	4	B/D PA	62
5%/DEXTROSE			
15%			
CLINIMIX	4	B/D PA	62
5%/DEXTROSE			
20%			
CLINIMIX	4	B/D PA	80
5%/DEXTROSE			
25%			
CLINIMIX E	3	B/D PA	62
4.25%/DEXTRO			
SE 25%			
<i>clinisol sf 15%</i>	4	B/D PA	80
<i>clobetasol</i>	2		70
<i>propionate crea</i>			
<i>clobetasol</i>	2		71
<i>propionate</i>			
<i>external soln</i>			
<i>clobetasol</i>	2		71
<i>propionate foam</i>			
<i>clobetasol</i>	2		71
<i>propionate gel</i>			
<i>clobetasol</i>	2		71
<i>propionate oint</i>			
<i>clobetasol</i>	2		70
<i>propionate e</i>			
CLOLAR	4	B/D PA	56
<i>clomipramine hcl</i>	2	PA MO	54
<i>clonazepam tabs</i>	2	QL(90/30)	52
<i>0.5mg, 1mg</i>			
<i>clonazepam tabs</i>	2	QL(300/30)	52
<i>2mg</i>			
<i>clonazepam odt</i>	2	QL(90/30)	52
<i>tbdp 0.125mg,</i>			
<i>0.25mg, 0.5mg,</i>			
<i>1mg</i>			
<i>clonazepam odt</i>	2	QL(300/30)	52
<i>tbdp 2mg</i>			
<i>clonidine hcl</i>	2	QL(4/28) MO	64
<i>ptwk 0.1mg/24hr,</i>			

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
0.2mg/24hr clonidine hcl	2	QL(8/28) MO	64
ptwk 0.3mg/24hr clonidine hcl tabs	2	MO	64
0.3mg clonidine hcl tabs	1	MO	64
0.1mg, 0.2mg clopidogrel tabs	2	QL(1/30) MO	64
300mg clopidogrel tabs	2	QL(30/30) MO	64
75mg clorazepate	2	QL(90/30)	52
dipotassium tabs			
3.75mg, 7.5mg clorazepate	2	QL(120/30)	52
dipotassium tabs			
15mg clotrimazole	2		55
external crea			
clotrimazole	2		55
external soln			
clotrimazole troc	2		55
clotrimazole/beta	2		71
methasone			
dipropionate			
clozapine	2		60
CLOZAPINE	4		60
ODT TBDP			
100MG			
clozapine odt	4	MO	60
tbdp 12.5mg, 25mg			
COARTEM	3		58
co-gesic	2	QL(240/30)	46
COLCRYS	3	MO	55
colestipol hcl	2	MO	67
colistimethate	4		49
sodium			
colocort	2		75

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
COMBIGAN	3	MO	78
COMBIVENT	3	QL(8/30) MO	79
RESPIMAT			
COMETRIQ	5	PA	56
COMPLERA	5	MO	60
compro	2		58
COMVAX	4		75
constulose	1	MO	70
COPAXONE	5	PA QL(30/30)	68
COREG CR	3	MO	65
cortisone acetate	2		71
CORTISPORIN- TC	3		78
COSMEGEN	5	B/D PA	56
COUMADIN INJ	4		63
CREON CPEP	3	MO	69
120000UNIT			
24000UNIT			
76000UNIT,			
15000UNIT			
3000UNIT			
9500UNIT,			
30000UNIT			
6000UNIT			
19000UNIT,			
60000UNIT			
12000UNIT			
38000UNIT			
CRESTOR	3	QL(30/30) MO	67
CRIXIVAN	3	MO	60
cromolyn sodium	2	MO	69
conc			
cromolyn sodium	2		77
ophthalmic soln			
cromolyn sodium	2	B/D PA MO	79
nebu			
cryselle-28	2	MO	72
CUBICIN	5	B/D PA	49
CUPRIMINE	3		80

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>curity gauze pads 2x2</i>	2		68
<i>cyclophosphami de inj</i>	4	B/D PA	56
<i>cyclophosphami de tabs</i>	2	B/D PA	56
<i>cycloserine</i>	2		56
CYCLOSET	4		62
<i>cyclosporine caps</i>	2	B/D PA	74
<i>cyclosporine inj</i>	4	B/D PA	74
<i>cyclosporine modified</i>	2	B/D PA	74
CYMBALTA	3	QL(60/30) MO	53
<i>cyproheptadine hcl</i>	1		78
CYSTADANE	5		69
CYSTAGON	3		69
<i>cytarabine aqueous</i>	4	B/D PA	56
<i>cytarabine aqueous</i>	4	B/D PA	56
D			
<i>dacarbazine</i>	4	B/D PA	56
DACOGEN	5		57
<i>dactinomycin</i>	5	B/D PA	57
DALIRESP	3	PA QL(30/30) MO	79
<i>danazol</i>	2		72
<i>dantrolene sodium caps</i>	2		60
<i>dapsone</i>	2	MO	56
DAPTACEL	4		75
DARAPRIM	3		58
<i>daunorubicin hcl inj 5mg/ml</i>	4	B/D PA	57
DAUNOXOME	5	B/D PA	57
<i>decavac</i>	4		75
DELZICOL	3	MO	75
DEMECLOCYCL	2		51
INE HCL			
DENAVIR	3		61
<i>depade</i>	2	PA	47

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
DEPEN	3		80
TITRATABS			
DEPO-ESTRADIOL	4		72
DEPO-MEDROL INJ 20MG/ML	4		71
DEPO-PROVERA	4		73
<i>desipramine hcl</i>	2	MO	54
<i>desloratadine</i>	2	QL(30/30)	78
<i>desloratadine odt</i>	2	QL(30/30)	78
<i>desmopressin acetate inj</i>	4		72
<i>desmopressin acetate nasal soln</i>	2	MO	72
<i>desmopressin acetate tabs</i>	2	MO	72
<i>desonide lotn</i>	2		71
<i>desonide oint</i>	2		71
<i>desoximetasone crea</i>	2		71
<i>desoximetasone gel</i>	2		71
<i>desoximetasone oint 0.25%</i>	2		71
DESVENLAFAXI NE ER	3	QL(30/30) MO	53
<i>dexamethasone elix</i>	2		71
<i>dexamethasone tabs 0.5mg, 0.75mg, 4mg</i>	1		71
<i>dexamethasone tabs 1.5mg, 1mg, 2mg, 6mg</i>	2		71
DEXAMETHASO NE INTENSOL	3		71
<i>dexamethasone sodium phosphate inj</i>	4		71

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic soln	2		77
DEXILANT	3	QL(30/30) MO	70
dexmethylphenidate hcl	2	QL(60/30) MO	68
dexrazoxane	4	B/D PA	57
dextroamphetamine sulfate tabs 5mg	2	QL(90/30) MO	68
dextroamphetamine sulfate tabs 10mg	2	QL(180/30) MO	68
dextroamphetamine sulfate er cp24 10mg, 5mg	2	QL(90/30) MO	68
dextroamphetamine sulfate er cp24 15mg	2	QL(120/30) MO	68
dextrose 10%/nacl 0.45%	4		62
dextrose 5%/electrolyte #48 viaflex	4		80
dextrose 10% flex container	4		62
dextrose 10%/nacl 0.2%	4		62
dextrose 2.5%/nacl 0.45%	4		62
dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%	4		62
dextrose 5%	4		62
dextrose 5%/lactated ringers	4		80
dextrose 5%/nacl	4		62

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
0.2%			
dextrose 5%/nacl 0.225%	4		62
dextrose 5%/nacl 0.33%	4		62
dextrose 5%/nacl 0.45%	4		62
dextrose 5%/nacl 0.9%	4		62
dextrose 5%/potassium chloride 0.15%	4		81
dextrose 5%/sodium chloride 0.2%	4		62
dextrose 5%/sodium chloride 0.45%	4		62
DIAZEPAM GEL	3		52
diazepam oral soln	2	QL(1200/30)	61
diazepam tabs	2	QL(120/30)	61
DIBENZYLINE	3		64
diclofenac potassium	2	MO	47
diclofenac sodium	2	MO	77
diclofenac sodium dr tbec 25mg, 50mg	2	MO	48
diclofenac sodium dr tbec 75mg	1	MO	48
diclofenac sodium er	2	MO	48
dicloxacillin sodium	2		50
dicyclomine hcl caps	1		69

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>dicyclomine hcl oral soln</i>	2		69
<i>dicyclomine hcl tabs</i>	1		69
<i>didanosine</i>	2	MO	60
<i>diflorasone diacetate</i>	2		71
<i>diflunisal</i>	2	MO	48
<i>digoxin inj</i>	4	PA	66
<i>digoxin tabs 0.125mg</i>	1	QL(30/30) MO	66
<i>digoxin tabs 0.25mg</i>	1	PA MO	66
<i>dihydroergotamine mesylate inj</i>	3		55
<i>dilantin caps 30mg</i>	2	MO	52
<i>dilt-cd cp24 120mg, 180mg, 300mg</i>	2	MO	66
<i>diltiazem cd</i>	2	MO	66
<i>diltiazem hcl inj 100mg, 25mg/5ml, 50mg/10ml</i>	4		66
<i>diltiazem hcl tabs</i>	1	MO	66
<i>diltiazem hcl er cp12</i>	2	MO	66
<i>diltiazem hcl er cp24 120mg, 180mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	2	MO	66
<i>dilt-xr cp24 180mg, 240mg</i>	2	MO	66
<i>diltzac</i>	2	MO	66
<i>diphenoxylate/atropine</i>	2		69
<i>disulfiram tabs 250mg</i>	2		47
<i>disulfiram tabs 500mg</i>	2	MO	47

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>divalproex sodium</i>	2	MO	52
<i>divalproex sodium dr</i>	2	MO	52
<i>divalproex sodium er</i>	2	MO	52
<i>DOCEFREZ</i>	5	B/D PA	57
<i>docetaxel inj 20mg/ml, 80mg/4ml, 80mg/8ml</i>	5	B/D PA	57
<i>donepezil hcl tabs 5mg</i>	2	QL(30/30) MO	53
<i>donepezil hcl tabs 10mg</i>	2	QL(60/30) MO	53
<i>donepezil hcl tbdp 5mg</i>	2	QL(30/30) MO	53
<i>donepezil hcl tbdp 10mg</i>	2	QL(60/30) MO	53
<i>dorzolamide hcl</i>	2	MO	66
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	MO	78
<i>doxazosin mesylate tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	QL(30/30) MO	64
<i>doxazosin mesylate tabs 8mg</i>	1	QL(60/30) MO	65
<i>doxepin hcl</i>	2	PA MO	54
<i>doxorubicin hcl inj 2mg/ml</i>	2	B/D PA	57
<i>DOXORUBICIN HCL LIPOSOME</i>	5	B/D PA	57
<i>doxycycline caps 75mg</i>	2		51
<i>doxycycline hyclate caps</i>	1		51
<i>doxycycline hyclate cpep</i>	2		51
<i>doxycycline</i>	4		51

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>hyclate inj</i>			
<i>doxycycline</i>	1		51
<i>hyclate tabs</i>			
<i>100mg</i>			
<i>doxycycline</i>	2		51
<i>hyclate tabs</i>			
<i>20mg</i>			
<i>doxycycline</i>	2		51
<i>monohydrate</i>			
<i>dronabinol</i>	2	PA QL(90/30)	54
DROXIA	3	MO	56
DULERA	3	QL(13/30)	78
<i>duramorph</i>	4		46
DUREZOL	3		77
E			
E.E.S.	3		51
GRANULES			
<i>econazole nitrate</i>	2		55
EDARBI	3	QL(30/30) ST MO	65
EDARBYCLOR	3	QL(30/30) ST	65
EDECRIIN	3	MO	67
EDURANT	3		60
ELAPRASE	5	PA	69
ELIDEL	3		68
ELIGARD INJ	4	PA QL(1/120)	73
30MG			
ELIGARD INJ	4	PA QL(1/180)	73
45MG			
ELIGARD INJ	4	PA QL(1/30)	73
7.5MG			
ELIGARD INJ	4	PA QL(1/90)	73
22.5MG			
ELIQUIS	3	PA QL(60/30)	63
ELITEK	5	B/D PA	56
ELLENCEN INJ	4	B/D PA	57
200MG/100ML			
ELMIRON	3		70
ELSPAR	4	B/D PA	57
EMCYT	3		56

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
EMEND CAPS	3	B/D PA QL(1/30)	54
40MG			
EMEND CAPS	3	B/D PA QL(2/30)	54
125MG			
EMEND CAPS	3	B/D PA QL(6/30)	54
80MG			
EMSAM	3	MO	53
EMTRIVA	3	MO	60
<i>enalapril maleate</i>	1	MO	65
<i>enalapril</i>	1	MO	65
<i>maleate/hydrochl</i>			
<i>orothiazide</i>			
ENBREL	5	PA QL(8/28)	74
ENBREL	5	PA QL(8/28)	74
SURECLICK			
<i>endocet tabs</i>	2	QL(180/30)	46
<i>650mg 10mg</i>			
<i>endocet tabs</i>	2	QL(240/30)	46
<i>500mg 7.5mg</i>			
<i>endocet tabs</i>	2	QL(360/30)	46
<i>325mg 10mg,</i>			
<i>325mg 5mg,</i>			
<i>325mg 7.5mg</i>			
ENGERIX-B	4	B/D PA	75
ENOXAPARIN	5	QL(22.4/30)	63
SODIUM INJ			
120MG/0.8ML			
ENOXAPARIN	5	QL(28/30)	63
SODIUM INJ			
100MG/ML,			
150MG/ML			
ENOXAPARIN	4	QL(8.4/30)	63
SODIUM INJ			
30MG/0.3ML			
ENOXAPARIN	4	QL(11.2/30)	63
SODIUM INJ			
40MG/0.4ML			
ENOXAPARIN	4	QL(16.8/30)	63
SODIUM INJ			

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
60MG/0.6ML			
ENOXAPARIN	4	QL(22.4/30)	63
SODIUM INJ			
80MG/0.8ML			
ENOXAPARIN	4	QL(84/30)	63
SODIUM INJ			
300MG/3ML			
<i>enpresse-28</i>	2	MO	72
<i>entacapone</i>	2	MO	58
<i>enulose</i>	1	MO	70
<i>epinastine hcl</i>	2		77
<i>epinephrine hcl</i>	4		79
EPIPEN-JR 2-PAK	3	QL(2/30)	79
<i>epirubicin hcl inj</i>	4	B/D PA	57
<i>50mg/25ml</i>			
<i>epirubicin hcl inj</i>	5	B/D PA	57
<i>200mg/100ml</i>			
EPIVIR ORAL	3	MO	60
SOLN			
EPIVIR HBV	3	MO	60
EPZICOM	5	MO	60
ERBITUX	5	B/D PA	58
ERIVEDGE	5	PA QL(30/30)	57
<i>errin</i>	2	MO	73
<i>ery</i>	2		51
ERYPED 200	3		51
ERYPED 400	3		51
ERY-TAB	3		51
ERYTHROCIN	4		51
LACTOBIONAT E			
<i>erythrocin</i>	2		51
<i>stearate</i>			
<i>erythromycin</i>	2		51
<i>external soln</i>			
<i>erythromycin gel</i>	2		51
<i>erythromycin oint</i>	2		51
<i>erythromycin</i>	2		51
<i>base</i>			
<i>erythromycin</i>	2		51

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>ethylsuccinate</i>			
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	2		68
<i>erythromycin/sulfisoxazole</i>	2		51
<i>escitalopram oxalate oral soln</i>	2	QL(600/30) MO	53
<i>escitalopram oxalate tabs</i>	2	QL(60/30) MO	54
<i>estradiol ptwk</i>	2	PA QL(8/28) MO	72
<i>estradiol tabs</i>	2	PA MO	72
<i>estradiol valerate</i>	4		72
<i>estradiol/norethin</i>	2	PA MO	72
<i>drone acetate</i>			
ESTRING	3	QL(1/90) MO	72
<i>ethambutol hcl</i>	2		56
<i>ethosuximide</i>	2	MO	52
<i>etidronate disodium</i>	2		76
<i>etodolac</i>	2	MO	48
<i>etodolac er</i>	2	MO	48
ETOPOPHOS	4	B/D PA	57
ETOPOSIDE INJ	3	B/D PA	57
EVISTA	3	QL(30/30) MO	73
EXELON ORAL	3	QL(180/30) MO	53
SOLN			
EXELON PT24	3	QL(30/30) MO	53
<i>exemestane</i>	2		57
EXFORGE	3	MO	66
EXFORGE HCT	3	MO	66
EXJADE TBSO	4	MO	80
125MG			
EXJADE TBSO	5	MO	80
250MG, 500MG			
F			
FABRAZYME	5	B/D PA	69
<i>famciclovir</i>	2	QL(21/7)	61
<i>famotidine inj</i>	4		69
<i>famotidine tabs</i>	2	MO	69
40mg			
<i>famotidine tabs</i>	1	MO	70

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
20mg famotidine premixed	4		69
FANAPT TABS 6MG	5	QL(60/30) ST	59
FANAPT TABS 10MG, 12MG, 1MG, 2MG, 4MG, 8MG	4	QL(60/30) ST	59
FANAPT TITRATION PACK	4	QL(16/30) ST	59
FARESTON	3	MO	56
FASLODEX	5	B/D PA	56
FAZACLO	4	ST	60
felbamate	2	MO	52
felodipine er	2	MO	66
FEMRING	3	MO	72
fenofibrate caps	2		67
fenofibrate tabs	2	MO	67
fenofibrate micronized	2	MO	67
fenoprofen calcium	2	MO	48
fentanyl	2	QL(15/30)	46
fentanyl citrate	4		46
FENTANYL CITRATE ORAL TRANSMUCOS AL	5	QL(120/30)	46
finasteride tabs 5mg	2	QL(30/30) MO	70
firmagon inj 80mg	4	B/D PA QL(2/28)	73
firmagon inj 120mg	4	B/D PA QL(2/365)	73
flavoxate hcl	2	MO	70
flecainide acetate	2	MO	65

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
FLOVENT DISKUS AEPB 250MCG/BLIST, 50MCG/BLIST	3	QL(120/30) MO	78
FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST	3	QL(180/30) MO	78
FLOVENT HFA AERO 44MCG/ACT	3	QL(22/30) MO	78
FLOVENT HFA AERO 110MCG/ACT, 220MCG/ACT	3	QL(24/30) MO	78
fluconazole susr	2		55
fluconazole tabs 100mg, 200mg, 50mg	2		55
fluconazole tabs 150mg	1	QL(8/30)	55
fluconazole in dextrose	4		55
fluconazole in nacl	4		55
flucytosine	2		55
fludarabine phosphate	4	B/D PA	57
fludrocortisone acetate	2	MO	71
flunisolide nasal soln 29mcg/act	2	QL(75/30)	78
fluocinolone acetoneide crea	2		71
fluocinolone acetoneide external soln	1		71
fluocinolone acetoneide oil	2		71
fluocinolone	2		71

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>acetonide oint</i>			
<i>fluocinonide</i>	2		71
<i>fluocinonide-e</i>	2		71
<i>fluorometholone</i>	2		77
FLUOROPLEX	3		68
<i>fluorouracil inj</i> 2.5gm/50ml	4	B/D PA	56
<i>fluorouracil crea</i>	2	MO	68
<i>fluorouracil</i>	2	MO	68
<i>external soln</i>			
<i>fluoxetine dr</i>	2	MO	54
<i>fluoxetine hcl</i> caps 10mg	2	QL(30/30) MO	54
<i>fluoxetine hcl</i> caps 40mg	2	QL(60/30) MO	54
<i>fluoxetine hcl</i> caps 20mg	2	QL(120/30) MO	54
<i>fluoxetine hcl</i> oral soln	2	MO	54
<i>fluoxetine hcl</i> tabs 20mg	2	MO	54
<i>fluoxetine hcl</i> tabs 10mg	2	QL(30/30) MO	54
<i>fluphenazine</i> decanoate	4		58
<i>fluphenazine hcl</i> conc	2	MO	58
<i>fluphenazine hcl</i> elix	2	MO	58
<i>fluphenazine hcl</i> inj	4		58
<i>fluphenazine hcl</i> tabs 1mg	1	MO	58
<i>fluphenazine hcl</i> tabs 10mg, 2.5mg, 5mg	2	MO	58
<i>flurbiprofen</i>	2	MO	48
<i>flurbiprofen</i> sodium	2	MO	77
<i>flutamide</i>	2		74
<i>fluticasone</i>	2		71

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>propionate crea</i>			
<i>fluticasone</i>	2		71
<i>propionate oint</i>			
<i>fluticasone</i>	2	QL(16/30)	78
<i>propionate susp</i>			
<i>fluvastatin caps</i> 20mg	2	QL(30/30) MO	67
<i>fluvastatin caps</i> 40mg	2	QL(60/30) MO	67
<i>fluvoxamine</i> maleate	2	MO	54
<i>fluvoxamine</i> maleate er cp24	2	QL(60/30)	54
<i>150mg</i>			
<i>fluvoxamine</i> maleate er cp24	2	QL(90/30)	54
<i>100mg</i>			
FOLOTYN	5	B/D PA	56
<i>fomepizole</i>	5		76
<i>fondaparinux</i> sodium inj	4	QL(7/30)	63
<i>2.5mg/0.5ml</i>			
FONDAPARINU X SODIUM INJ	5	QL(5.6/30)	63
<i>5MG/0.4ML</i>			
FONDAPARINU X SODIUM INJ	5	QL(8.4/30)	63
<i>7.5MG/0.6ML</i>			
FONDAPARINU X SODIUM INJ	5	QL(11.2/30)	63
<i>10MG/0.8ML</i>			
FORADIL AEROLIZER	3	QL(60/30) MO	79
FORTEO	5	PA QL(2.4/28)	76
<i>foscarnet sodium</i>	4		60
<i>fosinopril sodium</i>	2	MO	65
<i>fosinopril</i>	2	MO	65
<i>sodium/hydrochl</i> <i>orothiazide</i>			
<i>fosphenytoin</i> sodium	4		52

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
FOSRENOL CHEW 1000MG	3	QL(150/30) ST MO	70
FOSRENOL CHEW 750MG	3	QL(180/30) ST MO	70
FOSRENOL CHEW 500MG	3	QL(270/30) ST MO	70
freamine iii inj 72meq/l 600mg/100ml 810mg/100ml 3meq/l 14mg/100ml 1190mg/100ml 240mg/100ml 590mg/100ml 770mg/100ml 620mg/100ml 450mg/100ml 480mg/100ml 10mmole/l 115mg/100ml 950mg/100ml 500mg/100ml 10meq/l 340mg/100ml 130mg/100ml 560mg/100ml	4	B/D PA	81
FREAMINE III 3%	4	B/D PA	81
furosemide inj	4		67
furosemide oral soln	2	MO	67
furosemide tabs	1	MO	67
FUSILEV	5		57
FUZEON	5	MO	60
G			
gabapentin	2	MO	52
GABITRIL TABS 16MG	3	QL(90/30)	52

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
GABITRIL TABS 12MG	3	QL(120/30)	52
galantamine hydrobromide cp24	2	QL(30/30) MO	53
galantamine hydrobromide oral soln	2	QL(200/30)	53
galantamine hydrobromide tabs	2	QL(60/30) MO	53
gamastan s/d	4	B/D PA	74
GAMMAGARD LIQUID	5	B/D PA	74
GAMUNEX-C INJ 10GM/100ML, 2.5GM/25ML, 20GM/200ML, 5GM/50ML	5	B/D PA	74
GAMUNEX-C INJ 1GM/10ML	4	B/D PA	75
ganciclovir	4	B/D PA	60
GARDASIL	4		75
gemcitabine	4	B/D PA	56
gemcitabine hcl	5	B/D PA	56
gemfibrozil	2	MO	67
generlac	2	MO	70
gengraf	2	B/D PA	74
gentak oint	2		48
gentamicin sulfate crea	2		48
gentamicin sulfate inj	4		48
gentamicin sulfate oint 0.1%	2		48
gentamicin sulfate ophthalmic soln	2		48

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 0.9mg/ml 0.9%, 1.2mg/ml 0.9%, 1.4mg/ml 0.9%, 1.6mg/ml 0.9%, 1mg/ml 0.9%</i>	4		48
<i>gentamicin sulfate/sodium chloride</i>	4		48
GEODON INJ	4	QL(60/30)	59
GLEEVEC	5	PA QL(60/30)	57
<i>glimepiride tabs 1mg, 2mg</i>	1	QL(30/30) MO	62
<i>glimepiride tabs 4mg</i>	1	QL(60/30) MO	62
<i>glipizide</i>	1	MO	62
<i>glipizide er</i>	1	MO	62
<i>glipizide xl tb24 2.5mg</i>	1	MO	62
<i>glipizide/metformin hcl</i>	1	MO	62
GLUCAGEN	4		62
HYPOKIT			
<i>glyburide</i>	2	PA MO	62
<i>glyburide micronized</i>	2	PA MO	62
<i>glyburide/metformin hcl</i>	2	PA MO	62
<i>glycopyrrolate inj 4mg/20ml</i>	4		69
<i>glycopyrrolate tabs</i>	2		69
GLYSET	3	MO	62
<i>granisetron hcl inj 0.1mg/ml, 1mg/ml</i>	4	B/D PA	55
<i>granisetron hcl tabs</i>	2	B/D PA QL(60/30)	55

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>griseofulvin microsize</i>	2		55
GRIS-PEG	3		55
<i>guanidine hcl</i>	1		56
H			
HALAVEN	5	PA	57
<i>halobetasol propionate</i>	2		71
<i>haloperidol conc</i>	2	MO	58
<i>haloperidol tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	1	MO	58
<i>haloperidol tabs 10mg, 20mg</i>	2	MO	59
<i>haloperidol decanoate</i>	4		58
<i>haloperidol lactate</i>	4		58
HAVRIX	4		75
HECTOROL CAPS	3	B/D PA MO	76
HECTOROL INJ	4	B/D PA	76
<i>heparin sodium inj 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 2000unit/ml, 2500unit/ml, 5000unit/ml</i>	4		63
<i>heparin sodium/d5w</i>	4		64
<i>heparin sodium/nacl 0.9%</i>	4		64
<i>heparin sodium/sodium chloride 0.9% premix</i>	4		64
<i>hepatamine</i>	4	B/D PA	81
HEPSERA	5	QL(30/30) MO	61
HERCEPTIN	5	B/D PA	58

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
HEXALEN	5		56
HUMALOG	3	MO	63
HUMALOG	3	MO	63
KWIKPEN			
humalog mix 50/50	3	MO	63
humalog mix 50/50 kwikpen	3	MO	63
humalog mix 75/25	3	MO	63
humalog mix 75/25 kwikpen	3	MO	63
HUMIRA INJ 20MG/0.4ML	5	PA QL(2/28)	74
HUMIRA INJ 40MG/0.8ML	5	PA QL(4/28)	74
HUMIRA PEN	5	PA QL(4/28)	74
HUMIRA PEN- CROHNS	5	PA QL(6/28)	74
DISEASESTART ER			
humulin 70/30	3	MO	63
humulin 70/30 pen	3	MO	63
humulin n	3	MO	63
humulin n u-100 pen	3	MO	63
humulin r	3	MO	63
humulin r u-500 (concentrated)	3	MO	63
hydralazine hcl inj	4		67
hydralazine hcl tabs	2	MO	67
hydrochlorothiazide de caps	1	MO	67
hydrochlorothiazide de tabs 25mg, 50mg	1	MO	67

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
hydrochlorothiazide de tabs 12.5mg	2	MO	67
hydrocodone bitartrate/acetaminophen inophen tabs 750mg 10mg	2	QL(150/30)	46
hydrocodone/acetaminophen oral soln	2	QL(3600/30)	46
hydrocodone/acetaminophen tabs 750mg 7.5mg	2	QL(150/30)	46
hydrocodone/acetaminophen tabs 650mg 10mg, 650mg 7.5mg, 660mg 10mg	2	QL(180/30)	46
hydrocodone/acetaminophen tabs 500mg 10mg, 500mg 2.5mg, 500mg 5mg, 500mg 7.5mg	2	QL(240/30)	46
hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg 10mg, 325mg 5mg, 325mg 7.5mg	2	QL(360/30)	46
hydrocodone/ibuprofen profen tabs 7.5mg 200mg	2	QL(150/30)	47
hydrocortisone crea 1%, 2.5%	1		71
hydrocortisone lotn	2		71
hydrocortisone lotn	2		71
hydrocortisone oint 1%, 2.5%	2		71

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>hydrocortisone tabs</i>	2		71
<i>hydrocortisone butyrate</i>	2		71
<i>hydrocortisone valerate</i>	2		71
<i>hydrocortisone/a cetic acid</i>	2		78
HYDROMORPH ONE HCL INJ 1MG/ML, 2MG/ML, 500MG/50ML	4		47
<i>hydromorphone hcl inj 2mg/ml</i>	4		47
<i>hydromorphone hcl liqd</i>	2	QL(1200/30)	47
<i>hydromorphone hcl tabs</i>	2	QL(240/30)	47
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	2	MO	58
<i>hydroxyurea</i>	2		56
I			
<i>ibandronate sodium</i>	2	QL(1/28)	76
<i>ibuprofen susp</i>	1	MO	48
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	MO	48
ICLUSIG	5	PA	57
<i>idarubicin hcl inj 10mg/10ml</i>	5	B/D PA	57
<i>ifosfamide inj 1gm, 3gm</i>	4	B/D PA	56
<i>ifosfamide/mesn a</i>	5	B/D PA	56
ILARIS	5	PA	75
<i>imipenem/cilastatin</i>	2		50
<i>imipramine hcl</i>	2	PA MO	54
<i>imipramine</i>	2	PA MO	54

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>pamoate</i>			
<i>imiquimod</i>	2		68
IMOVAX	4		75
RABIES (H.D.C.V.)			
INCIVEK	5	PA QL(180/30)	61
INCRELEX	4	PA	72
<i>indapamide</i>	1	MO	67
INFANRIX	4		75
INFERGEN INJ 15MCG/0.5ML	5	PA	61
<i>infumorph 200</i>	4		46
<i>infumorph 500</i>	4		46
INLYTA TABS 5MG	5	PA QL(120/30)	57
INLYTA TABS 1MG	5	PA QL(240/30)	57
INTELENCE TABS 200MG	5	QL(60/30)	60
INTELENCE TABS 100MG	5	QL(120/30) MO	60
INTELENCE TABS 25MG	5	QL(180/30) MO	60
INTRALIPID INJ 1.7% 30%	4	B/D PA	76
<i>intralipid inj 2.25% 20%</i>	4	B/D PA	76
INTRON-A	4		61
INTRON-A W/DILUENT INJ 10MU, 18MU	4		61
INVANZ	4		50
INVEGA TB24 9MG	5	QL(30/30) ST	59
INVEGA TB24 1.5MG, 3MG	4	QL(30/30) ST	59
INVEGA TB24 6MG	4	QL(60/30) ST	59
INVEGA	4	QL(0.25/28)	59
SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML			

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
INVEGA SUSTENNA INJ 78MG/0.5ML	4	QL(0.5/28)	59
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML	5	QL(0.75/28)	59
INVEGA SUSTENNA INJ 156MG/ML	5	QL(1/28)	59
INVEGA SUSTENNA INJ 234MG/1.5ML	5	QL(1.5/28)	59
INVIRASE	5	MO	60
IPOL	4		75
INACTIVATED IPV <i>ipratropium bromide inhalation soln</i>	2	B/D PA QL(300/30) MO	79
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06%</i>	2	QL(30/30) MO	79
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%</i>	2	QL(60/30) MO	79
<i>ipratropium bromide/albutero l sulfate</i>	2	B/D PA QL(540/30) MO	79
<i>irbesartan</i>	1	MO	65
<i>irbesartan/hydro chlorothiazide</i>	1	MO	65
<i>irinotecan inj 100mg/5ml</i>	4	B/D PA	57
ISENTRESS CHEW 100MG	5	QL(180/30)	60
ISENTRESS CHEW 25MG	5	QL(360/30)	60
ISENTRESS TABS	5	QL(60/30) MO	60

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>isolyte- m/dextrose 5%</i>	4	B/D PA	81
<i>isoniazid inj</i>	4		56
<i>isoniazid syrp</i>	2		56
<i>isoniazid tabs 100mg</i>	2		56
<i>isoniazid tabs 300mg</i>	1		56
<i>isosorbide dinitrate</i>	2	MO	67
<i>isosorbide dinitrate er</i>	2	MO	67
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	MO	67
<i>isosorbide mononitrate er</i>	2	MO	67
<i>isotonic</i>	4		48
<i>gentamicin inj 0.8mg/ml 0.9%, 1.2mg/ml 0.9%, 1.6mg/ml 0.9%, 1mg/ml 0.9%</i>			
<i>isradipine</i>	2	MO	66
ISTODAX	5	PA MO	57
<i>itraconazole</i>	2	PA QL(120/30)	55
IXEMPRA KIT	5	B/D PA	57
IXIARO	4		75
J			
JAKAFI	5	PA QL(60/30)	57
JALYN	3	MO	70
<i>jantoven</i>	2	MO	64
JANUMET	3	QL(60/30) MO	62
JANUMET XR	3	QL(30/30) MO	62
TB24 500MG 50MG			
JANUMET XR TB24 1000MG 100MG, 1000MG 50MG	3	QL(60/30) MO	62

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
JANUVIA	3	QL(30/30) MO	62
JENTADUETO	3	QL(60/30) MO	62
JE-VAX	4		75
JEVTANA	5	B/D PA	57
junel 1.5/30	2	MO	72
junel 1/20	2	MO	72
junel fe 1.5/30	2	MO	72
junel fe 1/20	2	MO	72
JUVISYNC	3	QL(30/30) MO	62
K			
KADCYLA	5	PA	58
KALETRA ORAL SOLN	5	MO	60
KALETRA TABS 200MG 50MG	5	MO	60
KALETRA TABS 100MG 25MG	4	MO	60
KAPVAY	3		68
kariva	2	MO	72
kcl	4		62
0.075%/d5w/nacl 0.45%			
kcl 0.15%/d5w/nacl 0.3%	4		62
kcl 0.15%/d5w/lr	4		63
kcl	4		63
0.15%/d5w/nacl 0.2%			
kcl	4		63
0.15%/d5w/nacl 0.45%			
kcl	4		63
0.15%/d5w/nacl 0.9%			
kcl	4		63
0.3%/d5w/nacl 0.45%			
kelnor 1/35	2	MO	72
KETEK	3	QL(20/30)	51
ketoconazole crea	2		55

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
ketoconazole sham	2		55
ketoconazole tabs	2		55
ketoprofen	2	MO	48
ketoprofen er	2	MO	48
ketorolac	2		77
tromethamine ophthalmic soln			
kionex powd	2		80
klor-con	2	MO	81
klor-con m10	2	MO	81
klor-con m20	1	MO	81
KUVAN	5	PA	69
KYPROLIS	5	PA QL(6/28)	56
L			
labetalol hcl inj	4		65
labetalol hcl tabs	2	MO	65
laclotion	2		68
LACRISERT	3		77
lactated ringers inj 3meq/l 109meq/l 28meq/l 4meq/l 130meq/l	4		81
lactated ringers dextrose 5% viaflex	4		80
lactated ringers irrigation	4		77
lactated ringers viaflex	4		81
lactulose	2	MO	70
LAMICTAL	3		52
STARTER/NOT TAKING CARBAMAZEPI NE			
LAMICTAL	3		52
STARTER/TAKING NG			

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
CARBAMAZEPINE/NOT TAKING VALPROATE			
LAMICTAL STARTER/TAKING	3		52
VALPROATE			
<i>lamivudine</i>	2	MO	60
<i>lamivudine/zidovudine</i>	5	MO	60
<i>lamotrigine</i>	2	MO	52
<i>lamotrigine er</i>	2	MO	52
LANOXIN PEDIATRIC	4	PA	66
<i>lansoprazole</i>	2	QL(30/30) MO	70
<i>lantus</i>	3	MO	63
<i>lantus solostar</i>	3	MO	63
<i>latanoprost</i>	2	QL(5/30)	77
LATUDA TABS 120MG, 20MG, 40MG	4	QL(30/30) ST MO	59
LATUDA TABS 80MG	4	QL(60/30) ST MO	59
LAZANDA	5	PA QL(28/28)	47
<i>leflunomide</i>	2	QL(30/30) MO	75
<i>lessina</i>	2	MO	72
LETAIRIS	5	PA QL(30/30)	79
<i>letrozole</i>	2	QL(30/30)	57
<i>leucovorin calcium inj 100mg, 10mg/ml, 350mg, 500mg, 50mg</i>	4		57
<i>leucovorin calcium tabs</i>	2		57
LEUKERAN	3		56
LEUKINE	5	PA	64

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>leuprolide acetate</i>	4	PA QL(30/30)	73
<i>levemir</i>	3	MO	63
<i>levemir flexpen</i>	3	MO	63
<i>levetiracetam inj</i>	4		52
<i>levetiracetam oral soln</i>	2	MO	52
<i>levetiracetam tabs</i>	2	MO	52
<i>levetiracetam er</i>	2		52
<i>levobunolol hcl ophthalmic soln 0.5%</i>	1	MO	78
<i>levobunolol hcl ophthalmic soln 0.25%</i>	2	MO	78
<i>levocarnitine inj</i>	4	B/D PA	77
<i>levocarnitine oral soln</i>	2	B/D PA MO	77
<i>levocarnitine tabs</i>	2	MO	77
<i>levocetirizine dihydrochloride oral soln</i>	2	QL(300/30)	78
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs</i>	2	QL(30/30)	78
<i>levofloxacin inj</i>	4		51
<i>levofloxacin tabs</i>	2		51
<i>levofloxacin in d5w</i>	4		51
<i>levora 0.15/30-28</i>	2	MO	72
<i>levorphanol tartrate</i>	2	QL(180/30)	46
LEVOTHROID	3	MO	73
<i>levothyroxine sodium tabs</i>	1	MO	73
LEVOXYL	3	MO	73

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
LEXIVA SUSP	4	MO	60
LEXIVA TABS	5	MO	60
lidocaine oint	2		47
lidocaine hcl	2		47
external soln			
lidocaine hcl inj	4		47
0.5%, 1%, 2%			
lidocaine hcl inj	4		65
10mg/ml			
lidocaine hcl jelly	2		47
lidocaine viscous	1		47
lidocaine/prilocai	2		47
ne crea			
LIDODERM	3	PA QL(90/30)	47
LINCOCIN	4		49
lindane	2		58
liothyronine	4		73
sodium inj			
liothyronine	2	MO	73
sodium tabs			
LIPOFEN	3		67
liposyn iii inj	4	B/D PA	77
1.8% 2.5% 30%			
lisinopril	1	MO	65
lisinopril/hydrochl	1	MO	65
orothiazide			
lithium carbonate	1	MO	61
caps 300mg			
lithium carbonate	2	MO	61
caps 150mg,			
600mg			
lithium carbonate	2	MO	61
tabs			
lithium carbonate	2	MO	61
er			
LODOSYN	3	MO	58
lofene	2		69
lonox	2		69
loperamide hcl	2		69
caps			
lorazepam conc	2	QL(120/30) MO	61

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
lorazepam tabs	2	QL(120/30) MO	61
losartan	1	QL(30/30) MO	65
potassium tabs			
100mg			
losartan	1	QL(60/30) MO	65
potassium tabs			
25mg, 50mg			
losartan	1	QL(30/30) MO	65
potassium/hydro			
chlorothiazide			
tabs 12.5mg			
100mg, 25mg			
100mg			
losartan	1	QL(60/30) MO	65
potassium/hydro			
chlorothiazide			
tabs 12.5mg			
50mg			
LOTRONEX	5	QL(60/30) MO	70
lovastatin tabs	2	QL(60/30) MO	67
40mg			
lovastatin tabs	1	QL(60/30) MO	67
10mg, 20mg			
LOVAZA	3	QL(120/30)	67
low-ogestrel	2	MO	72
loxapine	2	MO	59
succinate			
LUMIGAN	3	QL(5/30) MO	77
LUMIZYME	5	PA	69
LUPRON	5	PA QL(1/30)	73
DEPOT			
LUPRON	5	PA QL(1/30)	73
DEPOT-PED INJ			
11.25MG, 15MG			
LUPRON	4	PA QL(1/30)	74
DEPOT-PED INJ			
11.25MG, 30MG			
lutera	2	MO	72
LUVOX CR	3	QL(90/30)	54
LYRICA CAPS	3	QL(60/30) MO	52
225MG, 25MG,			

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
-----------	-----------	---------------	------

300MG			
LYRICA CAPS	3	QL(90/30) MO	52
100MG, 150MG, 200MG, 50MG, 75MG			
LYRICA ORAL SOLN	3	QL(900/30)	52
LYSODREN	3		73
M			
<i>magnesium sulfate inj 50%</i>	4	B/D PA	81
MAKENA	5	B/D PA	72
<i>malathion</i>	2		58
<i>maprotiline hcl</i>	2	MO	53
MARPLAN	3	MO	53
MATULANE	5		56
<i>matzim la tb24 240mg</i>	2	MO	66
<i>meclizine hcl tabs</i>	2		54
<i>meclofenamate sodium</i>	2	MO	48
MEDROL TABS 2MG	3		71
<i>medroxyprogest erone acetate inj</i>	4	QL(1/90)	73
<i>medroxyprogest erone acetate tabs</i>	1	MO	73
<i>mefloquine hcl</i>	2	MO	58
<i>megestrol acetate susp</i>	2	PA	73
<i>megestrol acetate tabs 40mg</i>	2	PA	73
<i>megestrol acetate tabs 20mg</i>	1	PA	73
MEKINIST	5	PA	57

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
-----------	-----------	---------------	------

<i>meloxicam tabs</i>	1	MO	48
<i>melphalan hydrochloride</i>	5	B/D PA	56
MENACTRA	4		75
MENEST	3	PA	57
MENOMUNE- A/C/Y/W-135	4		75
MENOSTAR	3	PA	72
MENVEO	4		75
MEPRON	5		58
<i>mercaptopurine</i>	2		56
<i>meropenem</i>	2		50
<i>mesalamine enem</i>	2		75
<i>mesalamine kit</i>	2	MO	75
<i>mesna</i>	2	B/D PA	57
MESNEX TABS	4		57
MESTINON	3		56
TIMESPAN			
<i>metadate er</i>	2	QL(90/30) MO	68
<i>metaproterenol sulfate</i>	2	MO	79
<i>metformin hcl</i>	1	MO	62
<i>metformin hcl er tb24 500mg, 750mg</i>	1	MO	62
<i>methadone hcl conc</i>	2	QL(500/30)	46
<i>methadone hcl inj</i>	4	B/D PA	46
<i>methadone hcl oral soln 10mg/5ml</i>	2	QL(2000/30)	46
<i>methadone hcl oral soln 5mg/5ml</i>	2	QL(4000/30)	46
<i>methadone hcl tabs</i>	2	QL(360/30)	46
<i>methadose tabs</i>	2	QL(360/30)	46

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>methazolamide</i>	2	MO	78
<i>methenamine</i>	2		49
<i>hippurate</i>			
<i>methimazole</i>	2	MO	74
<i>methotrexate</i>	2		74
<i>methotrexate</i>	4		74
<i>sodium</i>			
<i>methscopolamin</i>	2		69
<i>e bromide</i>			
<i>methyl dopate hcl</i>	2	PA	64
<i>methylphenidate</i>	2	QL(90/30) MO	68
<i>hcl</i>			
<i>methylphenidate</i>	2	QL(60/30) MO	68
<i>hcl er tbc 10mg</i>			
<i>methylphenidate</i>	2	QL(90/30) MO	68
<i>hcl er tbc 20mg</i>			
<i>methylphenidate</i>	2	QL(90/30) MO	68
<i>hcl sr</i>			
<i>methylprednisolone</i>	2		71
<i>ne</i>			
<i>methylprednisolone</i>	2		71
<i>ne</i>			
<i>methylprednisolone</i>	4		71
<i>ne acetate</i>			
<i>methylprednisolone</i>	2		71
<i>ne dose pack</i>			
<i>methylprednisolone</i>	4		71
<i>ne</i>			
<i>sodiumsuccinate</i>			
<i>inj 125mg, 1gm, 40mg</i>			
<i>metipranolol</i>	2	MO	78
<i>metoclopramide</i>	4		69
<i>hcl inj</i>			
<i>metoclopramide</i>	1	MO	69
<i>hcl oral soln</i>			
<i>metoclopramide</i>	1	MO	69
<i>hcl tabs 10mg</i>			
<i>metoclopramide</i>	2	MO	69
<i>hcl tabs 5mg</i>			
<i>metolazone</i>	2	MO	67

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>metoprolol</i>	2	MO	66
<i>succinate er</i>			
<i>metoprolol</i>	4		66
<i>tartrate inj</i>			
<i>metoprolol</i>	1	MO	66
<i>tartrate tabs</i>			
<i>metoprolol/hydro</i>	2	MO	66
<i>chlorothiazide</i>			
<i>METROGEL</i>	3		49
<i>metronidazole</i>	2		49
<i>crea</i>			
<i>metronidazole</i>	2		49
<i>gel 0.75%</i>			
<i>metronidazole</i>	2		49
<i>lotn</i>			
<i>metronidazole</i>	1		49
<i>tabs</i>			
<i>metronidazole in</i>	4		49
<i>nacl 0.79%</i>			
<i>metronidazole</i>	2		49
<i>vaginal</i>			
<i>mexiletine hcl</i>	2	MO	65
<i>MIACALCIN INJ</i>	4		76
<i>microgestin</i>	2	MO	72
<i>1.5/30</i>			
<i>microgestin 1/20</i>	2	MO	72
<i>microgestin fe</i>	2	MO	72
<i>microgestin fe</i>	2	MO	73
<i>1.5/30</i>			
<i>midodrine hcl</i>	2		64
<i>migergot</i>	2		55
<i>MIMVEY</i>	3	PA	73
<i>minitran</i>	2	MO	67
<i>minocycline hcl</i>	2		51
<i>minoxidil tabs</i>	2	MO	67
<i>mirtazapine</i>	2	QL(30/30) MO	53
<i>mirtazapine odt</i>	2	QL(30/30) MO	53
<i>tbdp 30mg,</i>			
<i>45mg</i>			
<i>misoprostol</i>	2	MO	70
<i>mitomycin</i>	4	B/D PA	57

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
MITOXANTRON E HCL	3	B/D PA	57
M-M-R II W/DILUENT 10 DOSE	4		75
MODAFINIL TABS 100MG	4	PA QL(30/30) MO	80
MODAFINIL TABS 200MG	5	PA QL(60/30) MO	80
<i>moexipril hcl</i>	2	MO	65
<i>moexipril/hydroc hlorothiazide</i>	2	MO	65
<i>mometasone furoate crea</i>	2		71
<i>mometasone furoate external soln</i>	2		71
<i>mometasone furoate oint</i>	2		71
<i>montelukast sodium</i>	2	QL(30/30) MO	79
<i>morphine sulfate inj 0.5mg/ml, 10mg/ml, 1mg/ml, 5mg/ml</i>	4		46
<i>morphine sulfate er tbc</i>	2	QL(90/30)	46
MOVIPREP	3		70
MOXEZA	3		51
MOZOBIL	5	B/D PA QL(9.6/30)	64
MULTAQ	3	QL(60/30) MO	65
<i>mupirocin oint</i>	2		49
<i>mupirocin calcium</i>	2		49
MUSTARGEN	4	B/D PA	56
MYCOBUTIN	3		56
<i>mycophenolate mofetil</i>	2	B/D PA	74
<i>mydral</i>	2		77

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
MYFORTIC	3	B/D PA	74
N			
<i>nabumetone</i>	2	MO	48
<i>nadolol tabs 80mg</i>	2	MO	66
<i>nadolol tabs 20mg, 40mg</i>	1	MO	66
<i>nadolol/bendroflu methiazide</i>	2	MO	66
<i>nafcillin sodium</i>	4		50
NAFTIN CREA	3		55
NAFTIN GEL 1%	3		55
NAGLAZYME	5	PA	69
<i>nalbuphine hcl</i>	4		47
<i>naloxone hcl</i>	4		47
<i>naltrexone hcl</i>	2	PA	47
NAMENDA ORAL SOLN	3	QL(300/30) MO	53
NAMENDA TABS 10MG	3	QL(60/30) MO	53
NAMENDA TABS 5MG	3	QL(90/30) MO	53
NAMENDA TITRATION PAK	3	QL(49/28) MO	53
<i>naphazoline hcl</i>	2		77
<i>naproxen susp</i>	2	MO	48
<i>naproxen tabs 250mg</i>	2	MO	48
<i>naproxen tabs 375mg, 500mg</i>	1	MO	48
<i>naproxen dr</i>	2	MO	48
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	2	MO	48
<i>naratriptan hcl</i>	2	QL(9/30)	55
NASONEX	3	QL(34/30)	78
NATACYN	3		55
<i>nateglinide</i>	2	QL(90/30) MO	62

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
NEBUPENT	3	B/D PA	58
<i>necon 0.5/35-28</i>	2	MO	73
<i>necon 1/35</i>	2	MO	73
<i>necon 10/11-28</i>	2	MO	73
<i>nefazodone hcl</i>	2	QL(60/30) MO	53
<i>neomycin sulfate tabs</i>	2		48
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	2		49
<i>neomycin/polymyxin b sulfates</i>	4		48
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	2		49
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	2		77
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	2		49
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	2		78
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	2		49
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	2		49
NEULASTA	5	PA	64
NEUMEGA	5	PA MO	64
NEUPOGEN INJ 300MCG/0.5ML, 480MCG/0.8ML, 480MCG/1.6ML	5	PA	64
NEUTREXIN	5		58
NEVIRAPINE SUSP	2	MO	60
<i>nevirapine tabs</i>	2	MO	60
NEXAVAR	5	PA	57
NEXIUM	3	QL(30/30) MO	70
NEXIUM I.V.	4	MO	70
<i>niacor</i>	2	MO	82

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
NIASPAN	3	QL(60/30) MO	67
<i>nicardipine hcl caps</i>	2	MO	66
<i>nicardipine hcl inj</i>	4		66
NICOTROL INHALER	3	PA QL(504/30)	47
NICOTROL NS	3	PA QL(40/30)	47
<i>nifediac cc</i>	2	MO	66
<i>nifedical xl</i>	2	MO	66
<i>nifedipine er</i>	2	MO	66
NILANDRON	3		74
<i>nimodipine</i>	2	MO	66
<i>nisoldipine</i>	2	MO	66
<i>nisoldipine er</i>	2	MO	66
<i>nitrofurantoin macrocrystalline</i>	2	PA QL(900/365)	49
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	2	PA QL(90/365)	49
<i>nitroglycerin inj</i>	4		67
<i>nitroglycerin pt24 lingual</i>	2	MO	67
<i>nitroglycerin translingual soln</i>	2		67
<i>nitroglycerin transdermal pt24 0.1mg/hr</i>	2	MO	67
NITROSTAT	3	MO	68
<i>nizatidine caps</i>	2	MO	70
<i>nora-be</i>	2	MO	73
<i>norethindrone acetate</i>	2	MO	73
NORITATE	3		49
<i>normosol-m in d5w</i>	4	B/D PA	81
NORMOSOL-R	4	B/D PA	81
<i>normosol-r in d5w</i>	4	B/D PA	63
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	MO	73
<i>nortrel 1/35</i>	2	MO	73

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
-----------	-----------	---------------	------

<i>nortrel 7/7/7</i>	2	MO	73
<i>nortriptyline hcl caps 50mg, 75mg</i>	2	MO	54
<i>nortriptyline hcl caps 10mg, 25mg</i>	1	MO	54
<i>nortriptyline hcl oral soln</i>	2		54
NORVIR	3	MO	60
<i>novarel</i>	4	PA	72
<i>novofine 30gx8mm</i>	3	QL(200/30) MO	77
<i>novofine 31</i>	2	QL(200/30) MO	77
<i>novofine 32gx6mm</i>	2	QL(200/30) MO	77
<i>novofine autocover 30gx8mm</i>	2	QL(200/30)	77
<i>novotwist 30gx8mm</i>	2	QL(200/30)	77
<i>novotwist 32gx5mm</i>	2	QL(200/30)	77
NOXAFIL	5	PA QL(600/30)	55
NUEDEXTA	3	PA	68
NULOJIX	5	PA MO	74
<i>nyamyc</i>	2		55
<i>nystatin crea</i>	2		55
<i>nystatin oint</i>	2		55
<i>nystatin powd 100000unit/gm</i>	2		55
<i>nystatin susp</i>	2		55
<i>nystatin tabs</i>	2		55
<i>nystatin/triamcin</i>	2		55
<i>olone</i>			
<i>nystop</i>	2		55
O			
OCTREOTIDE ACETATE INJ	4	PA	74

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
-----------	-----------	---------------	------

100MCG/ML, 200MCG/ML, 50MCG/ML			
OCTREOTIDE ACETATE INJ	5	PA	74
1000MCG/ML, 500MCG/ML			
<i>ofloxacin</i>	2		51
<i>ogestrel</i>	2	MO	73
<i>olanzapine inj</i>	4		59
<i>olanzapine tabs</i>	2	QL(30/30) MO	59
<i>olanzapine odt</i>	2	QL(30/30) MO	59
<i>olanzapine/fluoxetine</i>	2	QL(30/30) MO	59
<i>omeprazole cpdr 40mg</i>	2	QL(30/30) MO	70
<i>omeprazole cpdr 10mg, 20mg</i>	2	QL(60/30) MO	70
ONCASPAR	5	B/D PA	57
<i>ondansetron hcl inj</i>	4		55
<i>ondansetron hcl oral soln</i>	2		55
<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	2	QL(5/30)	55
<i>ondansetron hcl tabs 4mg, 8mg</i>	2	QL(90/30)	55
<i>ondansetron odt</i>	2	QL(90/30)	55
ONFI TABS	3	QL(60/30)	52
10MG, 5MG			
ONFI TABS	3	QL(120/30)	52
20MG			
ONTAK	5	B/D PA	57
ORAP	3	MO	59
ORFADIN	5	MO	69
<i>orphenadrine citrate er</i>	2	PA	80
<i>orsythia</i>	2		73
OSMOPREP	3		69

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
oxacillin sodium	4		50
oxaliplatin inj 100mg/20ml	5	B/D PA	57
oxandrolone tabs 10mg	2	PA QL(60/30)	72
oxandrolone tabs 2.5mg	2	PA QL(120/30)	72
oxaprozin	2	MO	48
oxazepam	2	QL(120/30) MO	61
oxcarbazepine susp	2		53
oxcarbazepine tabs	2	MO	53
OXSORALEN ULTRA	3		68
oxybutynin chloride tabs	1	MO	70
oxybutynin chloride er tb24 5mg	2	QL(30/30) MO	70
oxybutynin chloride er tb24 10mg, 15mg	2	QL(60/30) MO	70
oxycodone hcl caps	2	QL(240/30)	47
oxycodone hcl conc	2	QL(360/30)	47
oxycodone hcl oral soln	2	QL(1200/30)	47
oxycodone hcl tabs	2	QL(240/30)	47
oxycodone/aceta minophen caps	2	QL(240/30)	47
oxycodone/aceta minophen tabs 650mg 10mg	2	QL(180/30)	47
oxycodone/aceta minophen tabs 500mg 7.5mg	2	QL(240/30)	47
oxycodone/aceta minophen tabs	2	QL(360/30)	47

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
325mg 10mg, 325mg 5mg, 325mg 7.5mg			
oxycodone/aspiri n	2	QL(360/30)	47
oxycodone/ibupr ofen	2	QL(150/30)	47
OXYCONTIN	4	PA QL(60/30)	46
oxymorphone hydrochloride er	2	QL(60/30)	46
P			
PACERONE TABS 100MG	3	MO	65
pacerone tabs 200mg	2	MO	65
paclitaxel inj 300mg/50ml	4	B/D PA	57
pamidronate disodium inj 30mg/10ml, 6mg/ml, 90mg/10ml	4	MO	76
pancrelipase	2		69
PANRETIN	3		58
pantoprazole sodium tbec	2	QL(30/30) MO	70
parcaine	2		77
paromomycin sulfate	2		48
paroxetine hcl tabs 30mg, 40mg	2	QL(60/30) MO	54
paroxetine hcl tabs 10mg	1	QL(30/30) MO	54
paroxetine hcl tabs 20mg	1	QL(60/30) MO	54
paroxetine hcl er tb24 12.5mg	2	QL(30/30) MO	54
paroxetine hcl er tb24 37.5mg	2	QL(60/30) MO	54
paroxetine hcl er	2	QL(90/30) MO	54

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
-----------	-----------	---------------	------

<i>tb24 25mg</i>			
PASER	3		56
PATADAY	3		77
PATANOL	3		77
PAXIL SUSP	3		54
<i>pedi-dri</i>	2		55
PEDVAX HIB	4		75
<i>peg</i>	2		70
<i>3350/electrolytes</i>			
PEGANONE	3	MO	53
PEG-INTRON	5	PA	61
INJ			
50MCG/0.5ML			
PEG-INTRON	5	PA	61
REDIPEN			
PEG-INTRON	5	PA	61
REDIPEN PAK 4			
<i>penicillin g</i>	4		50
<i>potassium</i>			
<i>penicillin v</i>	1		50
<i>potassium oral</i>			
<i>soln</i>			
<i>penicillin v</i>	1		50
<i>potassium tabs</i>			
<i>250mg</i>			
<i>penicillin v</i>	2		50
<i>potassium tabs</i>			
<i>500mg</i>			
PENTAM 300	3		58
<i>pentostatin</i>	5	B/D PA	56
<i>pentoxifylline er</i>	2	MO	66
PERFOROMIST	3	B/D PA QL(120/30)	79
<i>periogard</i>	1		68
PERJETA	5	PA	58
<i>permethrin crea</i>	2		58
<i>perphenazine</i>	2	MO	59
<i>perphenazine/a</i>	2	PA MO	54
<i>mitriptyline</i>			
PFIZERPEN-G	4		50

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
-----------	-----------	---------------	------

<i>phenadoz</i>	2	PA	79
<i>phenelzine</i>	2	MO	53
<i>sulfate</i>			
<i>phenobarbital</i>	2	MO	52
<i>phenobarbital</i>	2	MO	52
<i>phenytoin</i>	2	MO	53
<i>phenytoin</i>	4		53
<i>sodium</i>			
<i>phenytoin</i>	2	MO	53
<i>sodium extended</i>			
<i>physiolyte</i>	4		77
<i>physiosol</i>	4		77
<i>irrigation</i>			
PICATO	4	ST	57
<i>pilocarpine hcl</i>	2	MO	68
<i>tabs</i>			
PILOCARPINE	3		78
HCL			
OPHTHALMIC			
SOLN			
<i>pilocarpine</i>	2	MO	68
<i>hydrochloride</i>			
PILOPINE HS	3	MO	78
<i>pindolol</i>	1	MO	66
PIOGLITAZONE	2	QL(30/30) MO	62
HCL			
PIOGLITAZONE	2	QL(90/30) MO	62
HCL/METFORMI			
N HCL			
<i>pioglitazone hcl-</i>	2	QL(30/30) MO	62
<i>glimepiride</i>			
<i>piperacillin</i>	4		50
<i>sodium/</i>			
<i>tazobactam</i>			
<i>sodium</i>			
<i>piperacillin</i>	4		50
<i>sodium/tazobact</i>			
<i>am sodium</i>			
<i>piroxicam</i>	2	MO	48

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
podofilox	2		68
polycin b	2		49
poly-dex	2		77
polyethylene glycol 3350	2		70
powd			
polymyxin b sulfate	4		49
POMALYST	5	PA QL(21/28)	57
portia-28	2	MO	73
potassium chloride inj	4		81
10meq/100ml, 20meq/100ml, 2meq/ml, 30meq/100ml, 40meq/100ml			
potassium chloride liqd	2		81
potassium chloride 0.15% d5w/nacl 0.33%	4		63
potassium chloride 0.15% d5w/nacl 0.45%	4		63
viaflex			
potassium chloride 0.15% nacl 0.9%	4		81
potassium chloride 0.15%/d5w	4		63
potassium chloride 0.22% d5w/nacl 0.45%	4		63
potassium chloride 0.224%/d5w/nacl 0.45%	4		81

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
0.3%/d5w			
potassium chloride	4		81
0.3%/nacl			
0.9%/viaflex			
potassium chloride cr	2	MO	81
potassium chloride er cpcr	2	MO	80
potassium chloride er cpcr	2	MO	80
potassium chloride er tbc	2	MO	81
10meq, 20meq			
potassium chloride sr	1	MO	81
POTIGA	3	PA QL(90/30) MO	52
PRADAXA	3	PA QL(60/30)	64
CAPS 150MG			
PRADAXA	3	PA QL(120/30)	64
CAPS 75MG			
pramipexole dihydrochloride	2	QL(90/30) MO	58
PRANDIN	3	MO	62
pravastatin sodium tabs	1	QL(30/30) MO	67
10mg, 20mg, 80mg			
pravastatin sodium tabs	1	QL(60/30) MO	67
40mg			
prazosin hcl	1	MO	65
PRED MILD	3		78
PRED-G	3		78
PRED-G S.O.P.	3		78
prednicarbate	2		71
prednisolone acetate	2		78
prednisolone sodium phosphate oral	2		71

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
-----------	-----------	---------------	------

<i>soln 15mg/5ml, 5mg/5ml</i>			
PREDNISOLON E SODIUM PHOSPHATE ORAL SOLN 25MG/5ML	2	MO	71
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic soln</i>	1		78
<i>prednisone oral soln</i>	2		72
<i>prednisone tabs 50mg</i>	2		72
<i>prednisone tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	1		72
PREDNISONE INTENSOL	3		72
<i>pregnyl w/diluent benzyl alcohol/nacl</i>	4	PA	72
PREMARIN CREA	3	MO	73
PREMARIN INJ	4	MO	73
PREMARIN TABS	3	PA QL(30/30) MO	73
<i>premasol inj 56meq/l 320mg/100ml 730mg/100ml 190mg/100ml 3meq/l 20mg/100ml 300mg/100ml 220mg/100ml 290mg/100ml</i>	4	B/D PA	81

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
-----------	-----------	---------------	------

<i>490mg/100ml 840mg/100ml 490mg/100ml 200mg/100ml 290mg/100ml 410mg/100ml 230mg/100ml 5meq/l 15mg/100ml 250mg/100ml 120mg/100ml 140mg/100ml 470mg/100ml</i>			
<i>prevalite</i>	2	MO	67
<i>previfem</i>	2	MO	73
PREVPAC	3		49
PREZISTA SUSP	5		60
PREZISTA TABS 800MG	5	QL(30/30) MO	60
PREZISTA TABS 400MG, 600MG	5	QL(60/30) MO	60
PREZISTA TABS 150MG	4	QL(180/30) MO	61
PREZISTA TABS 75MG	4	QL(360/30) MO	61
PRIFTIN	3		56
<i>primaquine phosphate</i>	1		58
<i>primidone</i>	2	MO	52
PRIMSOL	3		49
PRISTIQ	3	QL(30/30) MO	54
PROAIR HFA	3	QL(17/30) MO	79
<i>probenecid probenecid/colch icine</i>	2	MO	55
PROCALAMINE	4	B/D PA	82
<i>prochlorperazine</i>	2		59

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>prochlorperazine edisylate</i>	4		59
<i>prochlorperazine maleate tabs 10mg</i>	1		59
<i>prochlorperazine maleate tabs 5mg</i>	2		59
PROCRIT INJ 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	5	PA	64
PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA	64
<i>proctocream hc</i>	2		72
<i>procto-pak</i>	2		72
<i>proctosol hc</i>	2		72
<i>proctozone-hc</i>	2		72
<i>progesterone caps</i>	2	MO	73
PROGLYCEM	3	MO	63
PROGRAF INJ	4	B/D PA	74
PROLASTIN-C	5	B/D PA MO	79
PROLEUKIN	5	B/D PA	57
PROLIA	4	QL(1/180) ST	76
PROMACTA	5	PA QL(30/30)	64
<i>promethazine hcl inj</i>	4	PA	79
<i>promethazine hcl supp</i>	2	PA	79
<i>promethazine hcl syrup</i>	2	PA	79
<i>promethazine hcl tabs 12.5mg, 50mg</i>	2	PA	79
<i>promethazine hcl tabs 25mg</i>	1	PA	79
<i>promethazine vc</i>	2	PA	79
<i>promethegan</i>	2	PA	79

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>supp 25mg, 50mg</i>			
<i>propafenone hcl</i>	2	MO	65
<i>propafenone hcl er</i>	2	MO	65
<i>propantheline bromide</i>	2		69
<i>proparacaine hcl</i>	2		77
<i>propranolol hcl inj</i>	4		66
<i>propranolol hcl oral soln</i>	2	MO	66
<i>propranolol hcl tabs 60mg</i>	2	MO	66
<i>propranolol hcl tabs 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	MO	66
<i>propranolol hcl er</i>	2	MO	66
<i>propranolol/hydr ochlorothiazide</i>	2	MO	66
<i>propylthiouracil</i>	2	MO	74
PROQUAD	4		75
PROSOL	4	B/D PA	82
PROTOPIC	3		68
<i>protriptyline hcl</i>	2	MO	54
PROVENGE	5	B/D PA	75
PRUDOXIN	3		68
PULMOZYME	5	B/D PA	79
<i>pyrazinamide</i>	2		56
<i>pyridostigmine bromide</i>	2		56
Q			
<i>quasense</i>	2	MO	73
<i>quetiapine fumarate</i>	2	QL(90/30) MO	59
<i>quinapril hcl</i>	1	MO	65
<i>quinapril/hydroch lorothiazide</i>	2	MO	65
<i>quinine sulfate</i>	1		58

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
QVAR	3	QL(18/30) MO	78
R			
RABAVERT	4		75
<i>ramipril</i>	1	MO	65
RANEXA TB12 1000MG	3	QL(60/30) ST MO	66
RANEXA TB12 500MG	3	QL(120/30) ST MO	66
<i>ranitidine hcl caps</i>	2	MO	70
<i>ranitidine hcl inj 150mg/6ml</i>	4		70
<i>ranitidine hcl syrp</i>	2	MO	70
<i>ranitidine hcl tabs 150mg, 300mg</i>	1	MO	70
RAPAFLO	3	QL(30/30) MO	70
RAPAMUNE	3	B/D PA	74
REBETOL ORAL SOLN	4	PA	61
REBIF	5	PA QL(6/28)	75
REBIF	5	PA QL(4.2/28)	75
TITRATION PACK			
RECLAST	4	B/D PA	76
<i>reclipsen</i>	2	MO	73
RECOMBIVAX HB INJ 10MCG/ML, 40MCG/ML	4	B/D PA	75
<i>regonol</i>	4		56
REGRANEX	3	PA	68
RELISTOR INJ 12MG/0.6ML	4	PA QL(18/30)	69
RELISTOR INJ 12MG/0.6ML	4	PA QL(28/28)	69
RELISTOR INJ 8MG/0.4ML	4	PA QL(12/30)	70

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
REMICADE	5	PA	74
REMODULIN	5	B/D PA	79
REVELA PACK	3	QL(180/30) MO	70
REVELA TABS	3	QL(540/30) MO	70
RESCRIPTOR	3	MO	60
RESTASIS	3	QL(64/30) MO	77
RETROVIR IV INFUSION	4		60
REVLIMID CAPS 10MG, 15MG, 2.5MG, 25MG, 5MG	5	PA QL(21/28)	56
REYATAZ CAPS 100MG	4	MO	61
REYATAZ CAPS 150MG, 200MG, 300MG	5	MO	61
RIBAPAK	5	PA	61
<i>ribasphere</i>	2	PA	61
<i>ribavirin</i>	2	PA	61
RIDAURA	3	MO	75
<i>rifampin caps</i>	2		56
<i>rifampin inj</i>	4		56
RIFATER	3		56
RILUTEK	5		68
<i>riluzole</i>	4		68
<i>rimantadine hcl</i>	2		61
<i>ringers injection</i>	4		82
<i>ringers irrigation</i>	4		77
RIOMET	3	MO	62
RISPERDAL CONSTA	4		59
<i>risperidone oral soln</i>	2	QL(360/30) MO	59
<i>risperidone tabs 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg</i>	2	QL(90/30) MO	59
<i>risperidone tabs 4mg</i>	2	QL(120/30) MO	59

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>risperidone m-tab</i>	2	QL(90/30) MO	59
<i>risperidone odt tbdp 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg</i>	2	QL(90/30) MO	59
<i>risperidone odt tbdp 4mg</i>	2	QL(120/30) MO	59
RITUXAN	5	PA	58
<i>rivastigmine tartrate</i>	2	QL(60/30) MO	53
<i>rizatriptan benzoate</i>	2		55
<i>ropinirole hcl</i>	2	MO	58
ROTATEQ	3		75
<i>roxicet tabs</i>	2	QL(360/30)	47
ROZEREM	3	QL(30/30)	80
S			
SABRIL PACK	5	PA QL(200/30) MO	52
SABRIL TABS	5	PA QL(180/30) MO	52
SAIZEN INJ 5MG	5	PA	72
SAIZEN	5	PA	72
CLICK.EASY			
SAMSCA TABS 30MG	5	PA QL(60/30)	80
SAMSCA TABS 15MG	5	PA QL(90/30)	80
SANDOSTATIN LAR DEPOT	5	PA	74
SANTYL	3		69
SAPHRIS	3	QL(60/30) MO	59
<i>selegiline hcl</i>	2	MO	53
<i>selenium sulfide lotn</i>	1		69
SELZENTRY TABS 150MG	5	QL(60/30) MO	60
SELZENTRY TABS 300MG	5	QL(120/30) MO	60
SENSIPAR TABS 30MG	3	QL(360/30) MO	73

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
SENSIPAR TABS 90MG	5	QL(120/30) MO	73
SENSIPAR TABS 60MG	5	QL(180/30) MO	73
SEREVENT DISKUS	3	QL(60/30) MO	79
SEROQUEL XR TB24 150MG, 200MG	3	QL(30/30) MO	59
SEROQUEL XR TB24 300MG, 400MG, 50MG	3	QL(60/30) MO	59
<i>sertraline hcl conc</i>	2	QL(300/30) MO	54
<i>sertraline hcl tabs 25mg, 50mg</i>	2	QL(30/30) MO	54
<i>sertraline hcl tabs 100mg</i>	2	QL(60/30) MO	54
SILDENAFIL CITRATE	3	PA QL(90/30)	79
SIMULECT	5	B/D PA	75
<i>simvastatin sodium</i>	1	QL(30/30) MO	67
<i>bicarbonate inj 7.5%, 8.4%</i>	4		80
<i>sodium chloride inj 0.9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	4		82
<i>sodium chloride 0.45% viaflex</i>	4		77
<i>sodium chloride 0.9%</i>	4	B/D PA	67
SODIUM EDECRIN	4	B/D PA	67
<i>sodium fluoride tabs</i>	1		82
<i>sodium lactate inj</i>	4		80
<i>sodium</i>	2		80

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>polystyrene</i>			
<i>sulfonate susp</i>			
<i>15gm/60ml</i>			
<i>sodium</i>	2		51
<i>sulfacetamide</i>			
<i>ophthalmic soln</i>			
SOLTAMOX	3		56
SOLU-CORTEF	4		72
INJ 250MG			
SOLU-CORTEF	4		75
INJ 1000MG, 500MG			
SOMATULINE	5	PA	74
DEPOT			
SOMAVERT INJ	5	PA QL(60/30)	74
15MG, 20MG			
SOMAVERT INJ	5	PA QL(90/30)	74
10MG			
SORIATANE	5	PA	69
<i>sorine</i>	2	MO	65
<i>sotalol hcl tabs</i>	2	MO	65
<i>160mg, 240mg, 80mg</i>			
<i>sotalol hcl (af)</i>	2	MO	65
SPIRIVA	3	QL(30/30) MO	79
HANDHALER			
<i>spironolactone</i>	1	MO	67
<i>tabs 25mg</i>			
<i>spironolactone</i>	2	MO	67
<i>tabs 100mg, 50mg</i>			
<i>spironolactone/h</i>	2	MO	67
<i>ydrochlorothiazid</i>			
<i>e</i>			
SPORANOX	3	PA	55
ORAL SOLN			
<i>sprintec 28</i>	2	MO	73
SPRYCEL	5	PA	57
<i>sps</i>	2		80

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>sronyx</i>	2	MO	73
<i>stagesic</i>	2	QL(240/30)	47
<i>stavudine</i>	2	MO	60
<i>sterile water</i>	4		77
<i>irrigation</i>			
STIMATE	3	MO	72
STIVARGA	5	PA QL(84/21)	57
STRATTERA	3	MO	68
<i>streptomycin</i>	4		48
<i>sulfate</i>			
STRIBILD	5	MO	60
STROMECTOL	3		58
SUBOXONE	3	PA QL(90/30)	47
<i>sucralfate tabs</i>	2	MO	70
<i>sulfacetamide</i>	2		51
<i>sodium</i>			
<i>ophthalmic soln</i>			
<i>sulfacetamide</i>	2		69
<i>sodium susp</i>			
<i>sulfacetamide</i>	2		51
<i>sodium/prednisol</i>			
<i>one sodium</i>			
<i>phosphate</i>			
<i>sulfadiazine</i>	2		51
<i>sulfamethoxazol</i>	4		51
<i>e/trimethoprim inj</i>			
<i>sulfamethoxazol</i>	1		51
<i>e/trimethoprim</i>			
<i>susp</i>			
<i>sulfamethoxazol</i>	1		51
<i>e/trimethoprim</i>			
<i>tabs</i>			
<i>sulfamethoxazol</i>	1		51
<i>e/trimethoprim</i>			
<i>ds</i>			
<i>sulfasalazine</i>	2	MO	75
<i>tabs</i>			
<i>sulfazine</i>	2	MO	75
<i>sulfazine ec</i>	2	MO	75

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>sulindac</i>	2	MO	48
<i>sumatriptan</i>	2	QL(12/30)	55
<i>sumatriptan succinate inj</i>	2	QL(8/30)	55
<i>sumatriptan succinate tabs</i>	2	QL(9/30)	55
<i>sumatriptan succinate refill</i>	2	QL(8/30)	55
SUPRAX SUSR 100MG/5ML, 200MG/5ML	3		50
SUPRAX TABS	3		50
SUSTIVA	3	MO	60
SUTENT	5	PA	57
SYLATRON	5	PA	57
SYMBICORT AERO 160MCG/ACT 4.5MCG/ACT	3	QL(11/30) MO	78
SYMBICORT AERO 80MCG/ACT 4.5MCG/ACT	3	QL(14/30) MO	78
SYMLINPEN 120	3	PA QL(11/30) MO	62
SYMLINPEN 60	3	PA QL(6/30) MO	62
SYNAGIS INJ 50MG/0.5ML	5	PA	75
SYNAREL	5	PA MO	74
SYNERCID	4		49
SYNRIBO	5	PA	57
SYNTHROID	3	MO	73
SYPRINE	3		80
SYRINGES			
<i>aurora pen needles 31g x 8mm</i>	2	QL(200/30) MO	76
<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/2 9g x 1/2</i>	2		76

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>bd insulin syringe ultrafine/0.3ml/31g x 5/16</i>	2		76
<i>bd insulin syringe ultrafine/0.5ml/30g x 1/2</i>	2		76
<i>bd insulin syringe ultrafine/1ml/31g x 5/16</i>	2	QL(200/30)	76
<i>bd insulin syringe ultrafine/u-100/0.3ml/31g x 15/64</i>	2	QL(200/30)	76
<i>bd insulin syringe ultrafine/u-100/0.5ml/31g x 15/64</i>	2	QL(200/30)	76
<i>bd insulin syringe ultrafine/u-100/1ml/31g x 15/64</i>	2	QL(200/30) MO	76
<i>h-e-b incontrol pen needles 29gx12mm</i>	3	QL(200/30) MO	76
<i>kmart valu plus insulin syringe/0.5ml/29g</i>	2	QL(200/30) MO	77
<i>monoject insulin syringe/detach needle/1ml/27g x 1/2</i>	2	QL(200/30) MO	77
<i>monoject insulin syringe/safety/pe rm</i>	2	QL(200/30) MO	77

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
-----------	-----------	---------------	------

needle/0.3ml/29g
x 1/2

monoject insulin syringe/u- 2 QL(200/30) MO 77

100/0.5ml/30g x 5/16

monoject insulin syringe/u- 2 QL(200/30) MO 77

100/1ml/30g x 5/16 misc null

ulticare insulin syringe/u- 2 QL(200/30) MO 77

100/0.3ml/30g x 1/2

ulticare insulin syringe/u- 2 QL(200/30) MO 77

100/0.5ml/31g x 5/16

ulticare insulin syringe/u- 2 QL(200/30) MO 77

100/1ml/30g x 1/2

T

TABLOID 3 56

tacrolimus 2 B/D PA 74

TAFINLAR 5 PA 57

TAMIFLU CAPS 3 QL(56/365) 61

45MG, 75MG

TAMIFLU CAPS 3 QL(112/365) 61

30MG

TAMIFLU SUSR 3 QL(700/365) 61

tamoxifen citrate 2 MO 56

tamsulosin hcl 2 MO 70

TARCEVA 5 PA 57

TARGRETIN 5 58

TASIGNA 5 PA 57

TASMAR 5 MO 58

TAXOTERE 5 B/D PA 57

TAZICEF INJ 4 50

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
-----------	-----------	---------------	------

1GM/50ML
4.4%

tazicef inj 1gm, 2gm, 6gm 4 50

TAZORAC 3 QL(120/30) 69

CREA

TAZORAC GEL 3 QL(100/30) 69

taztia xt 2 MO 66

TEFLARO 4 50

TEGRETOL-XR 3 MO 53

TB12 100MG

TEKAMLO 3 ST MO 66

TEKTURNA 3 ST MO 66

TEKTURNA HCT 3 ST MO 66

temazepam 2 QL(90/365) MO 80

TEMODAR INJ 5 B/D PA 56

terazosin hcl caps 1mg, 5mg 1 QL(30/30) MO 65

terazosin hcl caps 10mg, 2mg 1 QL(60/30) MO 65

terbinafine hcl tabs 1 QL(180/365) 55

terbutaline sulfate inj 4 79

terbutaline sulfate tabs 2 MO 79

terconazole 2 55

TESTIM 3 PA MO 72

testosterone cypionate 4 PA 72

testosterone enanthate 4 PA 72

tetanus toxoid adsorbed 4 75

tetanus/diphtheri a toxoids- adsorbed adult 4 75

tetracycline hcl 1 51

TEXACORT 3 72

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
THALOMID	5	PA QL(60/30)	56
CAPS 150MG, 200MG, 50MG			
THALOMID	5	PA QL(90/30)	56
CAPS 100MG			
THEO-24	3	MO	79
<i>theochron</i>	2	MO	79
<i>theophylline cr</i>	2	MO	79
<i>theophylline er</i>	2		79
<i>tb12 200mg</i>			
<i>theophylline er</i>	2	MO	79
<i>tb12 300mg,</i> <i>450mg</i>			
<i>theophylline er</i>	2	MO	79
<i>tb24</i>			
<i>thioridazine hcl</i>	2	PA MO	59
<i>thiotepa</i>	4	B/D PA	56
<i>thiothixene caps</i>	2	MO	59
<i>10mg, 1mg, 5mg</i>			
<i>thiothixene caps</i>	1	MO	59
<i>2mg</i>			
THYMOGLOBULIN	3	B/D PA	75
THYROLAR-1	3	MO	73
THYROLAR-1/2	3	MO	73
THYROLAR-1/4	3	MO	73
THYROLAR-2	3	MO	73
THYROLAR-3	3	MO	73
<i>tiagabine</i>	2	QL(90/30) MO	52
<i>hydrochloride</i>			
<i>tabs 4mg</i>			
<i>tiagabine</i>	2	QL(180/30) MO	52
<i>hydrochloride</i>			
<i>tabs 2mg</i>			
TIKOSYN	3	MO	65
TIMENTIN	4		50
<i>timolol maleate</i>	2	MO	66
<i>tabs</i>			
<i>timolol maleate</i>	1	MO	78
<i>ophthalmic soln</i>			
<i>tis-u-sol</i>	4		77

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>tizanidine hcl</i>	2	MO	60
<i>tabs</i>			
TOBI	5	B/D PA	48
TOBRADEX	3		78
OINT			
<i>tobramycin</i>	4		48
<i>sulfate inj</i>			
<i>10mg/ml,</i> <i>80mg/2ml</i>			
<i>tobramycin</i>	2		48
<i>sulfate</i>			
<i>ophthalmic soln</i>			
<i>tobramycin/dexa</i>	2		78
<i>methasone</i>			
TOBEX OINT	3		48
<i>tolazamide</i>	2	MO	62
<i>tolmetin sodium</i>	2	MO	48
<i>tolterodine</i>	1		70
<i>tartrate</i>			
<i>topiramate</i>	2	MO	52
<i>topotecan hcl inj</i>	5	B/D PA	57
<i>4mg</i>			
TORISEL	3	B/D PA	74
<i>torseamide tabs</i>	2	MO	67
<i>tpn electrolytes</i>	4	B/D PA	82
TRACLEER	5	PA QL(60/30)	79
TRADJENTA	3	QL(30/30) MO	62
<i>tramadol hcl</i>	2	QL(240/30)	47
<i>tramadol hcl er</i>	2	QL(30/30)	46
<i>tb24</i>			
<i>tramadol</i>	2	QL(240/30)	47
<i>hydrochloride/ac</i>			
<i>etaminophen</i>			
<i>trandolapril</i>	2	MO	65
<i>tranexamic acid</i>	2	PA	64
<i>inj</i>			
<i>tranexamic acid</i>	2		64
<i>tabs</i>			
TRANSDERM-SCOP	3	QL(12/36)	54
<i>tranylcypromine</i>	2	MO	53

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
-----------	-----------	---------------	------

<i>sulfate</i>			
TRAVASOL	4	B/D PA	82
TRAVATAN Z	3	QL(5/30) MO	77
<i>trazodone hcl</i>	2	MO	53
<i>tabs 300mg</i>			
<i>trazodone hcl</i>	1	MO	53
<i>tabs 100mg, 150mg, 50mg</i>			
TREANDA INJ 25MG	4	B/D PA	56
TREANDA INJ 100MG	5	B/D PA	56
TRECTOR	3		56
TRELSTAR DEPOT MIXJECT	5	PA QL(1/28)	74
TRELSTAR LA MIXJECT	5	PA QL(1/84)	74
TRELSTAR MIXJECT	5	PA QL(1/168)	74
<i>tretinoin caps</i>	2	MO	58
<i>tretinoin crea</i>	2	PA QL(45/30) MO	69
<i>tretinoin gel</i>	2	PA QL(45/30) MO	69
<i>tretinoin microsphere</i>	2	PA QL(45/30) MO	69
<i>triamcinolone acetanide crea</i>	2		72
<i>triamcinolone acetanide lotn</i>	2		72
<i>triamcinolone acetanide oint</i>	2		72
<i>triamcinolone in orabase</i>	2		68
<i>triamterene/hydr ochlorothiazide</i>	1	MO	67
<i>triderm</i>	1		72
<i>trifluoperazine hcl</i>	2	MO	59
<i>trifluridine</i>	2		61

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
-----------	-----------	---------------	------

<i>trihexyphenidyl hcl elix</i>	2	PA MO	58
<i>trihexyphenidyl hcl tabs 5mg</i>	2	PA MO	58
<i>trihexyphenidyl hcl tabs 2mg</i>	1	PA MO	58
<i>tri-legest fe</i>	2	MO	73
<i>trilyte</i>	2		70
<i>trimethoprim</i>	2		49
<i>trimethoprim sulfate/polymyxin b sulfate</i>	2		49
<i>trimipramine maleate</i>	2	PA MO	54
<i>tri-previfem</i>	2	MO	73
TRISENOX	4	B/D PA	57
<i>tri-sprintec</i>	2	MO	73
<i>trivora-28</i>	2	MO	73
TRIZIVIR	5	MO	60
<i>tropicamide</i>	2		77
TRUVADA	5	MO	60
TWINRIX	4		75
TYGACIL	4		49
TYKERB	5	PA	57
TYPHIM VI	4		75
TYSABRI	5	PA	75
TYZEKA	3	PA MO	61
TYZINE	3		79
TYZINE	3		79
PEDIATRIC NASAL DROPS			
U			
<i>u-cort</i>	2		72
ULORIC	3	ST	55
UNITHROID	3	MO	73
<i>ursodiol</i>	2	MO	69
UVADEX	4		69
V			
<i>valacyclovir hcl</i>	2	QL(30/30)	61

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
VALCYTE	5	MO	60
<i>valproate sodium</i>	4		52
<i>valproic acid</i>	2	MO	52
<i>valsartan/hydroc</i>	2	MO	65
<i>hlorothiazide</i>			
VANCOMYCIN	5	QL(40/30)	49
HCL CAPS			
125MG			
VANCOMYCIN	5	QL(80/30)	49
HCL CAPS			
250MG			
VANCOMYCIN	5		49
HCL INJ			
5000MG, 750MG			
VANCOMYCIN	4		49
HCL INJ			
1000MG, 10GM, 500MG			
VANCOMYCIN	5		49
HCL IN			
DEXTROSE			
VAQTA	4		75
VARIVAX	4		75
VECTIBIX INJ	3	B/D PA	58
100MG/5ML			
VECTICAL	3		69
VELCADE	5	B/D PA	57
<i>velivet</i>	2	MO	73
<i>venlafaxine hcl</i>	2	QL(120/30) MO	54
<i>venlafaxine hcl</i>	2	QL(30/30) MO	54
<i>er cp24 37.5mg</i>			
<i>venlafaxine hcl</i>	2	QL(60/30) MO	54
<i>er cp24 150mg</i>			
<i>venlafaxine hcl</i>	2	QL(90/30) MO	54
<i>er cp24 75mg</i>			
<i>venlafaxine hcl</i>	2	QL(30/30) MO	54
<i>er tb24 37.5mg</i>			
<i>venlafaxine hcl</i>	2	QL(60/30) MO	54
<i>er tb24 150mg</i>			
<i>venlafaxine hcl</i>	2	QL(90/30) MO	54
<i>er tb24 75mg</i>			

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
<i>verapamil hcl inj</i>	4		66
<i>verapamil hcl</i>	1	MO	66
<i>tabs 120mg, 80mg</i>			
<i>verapamil hcl</i>	2	MO	66
<i>tabs 40mg</i>			
<i>verapamil hcl er</i>	2	MO	66
VESICARE	3	QL(30/30) MO	70
VICTOZA	3	QL(9/30)	62
VICTRELIS	5	PA QL(360/30)	61
VIDAZA	5	B/D PA	57
VIDEX	3	MO	60
PEDIATRIC			
VIGAMOX	3		51
VIIBRYD KIT	4	QL(30/30) ST	54
VIIBRYD TABS	4	QL(30/30) ST MO	54
VIMPAT INJ	4	QL(1200/30)	53
VIMPAT ORAL	3	QL(1200/30) MO	53
SOLN			
VIMPAT TABS	3	QL(60/30) MO	53
<i>vinblastine</i>	4	B/D PA	57
<i>sulfate</i>			
<i>vincasar pfs</i>	4	B/D PA	57
<i>vincristine sulfate</i>	4	B/D PA	57
<i>vinorelbine</i>	4	B/D PA	57
<i>tartrate inj</i>			
<i>50mg/5ml</i>			
VIRACEPT	5	MO	61
<i>viramune susp</i>	3	MO	60
VIRAMUNE XR	3		60
VIREAD	5	MO	60
VIVELLE-DOT	3	PA	73
VOLTAREN	3	QL(1000/30) ST	69
VORAXAZE	5	B/D PA	77
<i>voriconazole inj</i>	4	PA	55
<i>voriconazole</i>	5	PA	55
<i>tabs</i>			
VOTRIENT	5	PA QL(120/30)	57
VPRIV	5	PA	69
W			
<i>warfarin sodium</i>	1	MO	64

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
WELCHOL	3	MO	67
X			
XALKORI	5	PA QL(60/30)	57
XARELTO TABS 10MG, 20MG	3	PA QL(30/30)	64
XARELTO TABS 15MG	3	PA QL(60/30)	64
XENAZINE TABS 12.5MG	5	PA QL(90/30)	68
XENAZINE TABS 25MG	5	PA QL(120/30)	68
XGEVA	5	PA	76
XIFAXAN TABS 200MG	3	PA QL(9/30)	49
XIFAXAN TABS 550MG	3	PA QL(60/30)	49
XOLAIR	5	PA	80
XOLEGEL	3		55
XOLOX	3	QL(240/30)	47
XTANDI	5	PA QL(120/30)	74
XYREM	5	PA QL(540/30)	80
Y			
YERVOY	5	B/D PA	58
yf-vax	4		75
Z			
zafirlukast	2	MO	79
zaleplon	2	QL(90/365)	80
ZALTRAP	5	PA	58
ZANOSAR	4	B/D PA	56
ZAVESCA	5		69
zazole supp	2		55
ZELBORAF	5	PA QL(240/30)	58
ZEMPLAR CAPS	3	B/D PA	76
ZENPEP	3		69
ZETIA	3	QL(30/30) MO	67
ZIAGEN ORAL SOLN	3	MO	60
zidovudine	2	MO	60
ZINECARD INJ	4	B/D PA	57

Drug Name	Drug Tier	Reqs / Limits	Page
250MG			
ziprasidone hcl	2	QL(60/30) MO	60
ZIRGAN	3	ST	60
ZMAX	3	QL(60/30)	51
zoledronic acid inj 5mg/100ml	4	B/D PA	76
zoledronic acid inj 4mg/5ml	5	B/D PA	76
ZOLINZA	5	QL(120/30)	57
zolpidem tartrate	2	PA QL(90/365)	80
ZOMETA INJ 4MG/5ML	5	B/D PA	76
ZOMETA INJ 4MG/100ML	4	B/D PA	76
ZONALON	3		69
zonisamide	2	MO	52
ZORTRESS TABS 0.25MG	4	B/D PA	74
ZORTRESS TABS 0.5MG, 0.75MG	5	B/D PA	74
ZOSTAVAX	4		75
ZOSYN INJ 5% 2GM/50ML	4		50
0.25GM/50ML, 5% 3GM/50ML 0.375GM/50ML			
zovia 1/35e	2	MO	73
zovia 1/50e	2	MO	73
ZOVIRAX CREA	3		61
ZOVIRAX OINT	3		61
ZYCLARA	3		69
ZYLET	3		48
ZYPREXA	5		60
RELPREVV			
ZYTIGA	5	PA QL(120/30)	57
ZYVOX	5	PA	49

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
ANALGESICS		
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
<i>astramorph</i>	4	
<i>duramorph</i>	4	
<i>fentanyl</i>	2	QL(15/30)
<i>infumorph 200</i>	4	
<i>infumorph 500</i>	4	
<i>levorphanol tartrate</i>	2	QL(180/30)
<i>methadone hcl conc</i>	2	QL(500/30)
<i>methadone hcl inj</i>	4	B/D PA
<i>methadone hcl oral soln 10mg/5ml</i>	2	QL(2000/30)
<i>methadone hcl oral soln 5mg/5ml</i>	2	QL(4000/30)
<i>methadone hcl tabs</i>	2	QL(360/30)
<i>methadose tabs</i>	2	QL(360/30)
<i>morphine sulfate er tbc</i>	2	QL(90/30)
<i>morphine sulfate inj 0.5mg/ml, 10mg/ml, 1mg/ml, 5mg/ml</i>	4	
OXYCONTIN	4	PA QL(60/30)
<i>oxymorphone hydrochloride er</i>	2	QL(60/30)
<i>tramadol hcl er tb24</i>	2	QL(30/30)
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminop</i>	2	QL(150/30)

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>hen/caffeine /dihydrocodeine bitartrate</i>		
<i>acetaminop hen/codeine #3</i>	2	QL(360/30)
<i>acetaminop hen/codeine oral soln</i>	2	QL(5000/30)
<i>acetaminop hen/codeine tabs 300mg; 60mg</i>	2	QL(240/30)
<i>acetaminop hen/codeine tabs 300mg; 15mg</i>	2	QL(360/30)
<i>ascomp/codeine</i>	2	PA QL(360/30)
<i>butalbital/acetaminophen/caffeine/codeine</i>	2	PA QL(180/30)
<i>butorphanol tartrate inj</i>	4	
<i>butorphanol tartrate nasal soln</i>	2	QL(5/30)
<i>co-gesic</i>	2	QL(240/30)
<i>endocet tabs 650mg; 10mg</i>	2	QL(180/30)
<i>endocet tabs 500mg; 7.5mg</i>	2	QL(240/30)
<i>endocet tabs 325mg; 10mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(360/30)
<i>fentanyl citrate</i>	4	
FENTANYL	5	QL(120/30)

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
CITRATE ORAL TRANSMUCOSAL		
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 750mg; 10mg</i>	2	QL(150/30)
<i>hydrocodone/acetaminophen oral soln</i>	2	QL(3600/30)
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs 750mg; 7.5mg</i>	2	QL(150/30)
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs 650mg; 10mg, 650mg; 7.5mg, 660mg; 10mg</i>	2	QL(180/30)
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs 500mg; 10mg, 500mg; 2.5mg, 500mg; 5mg, 500mg; 7.5mg</i>	2	QL(240/30)
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg;</i>	2	QL(360/30)

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
5mg, 325mg; 7.5mg		
hydrocodone/ibuprofen tabs 7.5mg; 200mg	2	QL(150/30)
HYDROMORPHONE HCL INJ 1MG/ML, 2MG/ML, 500MG/50ML	4	
hydromorphone hcl inj 2mg/ml	4	
hydromorphone hcl liqd	2	QL(1200/30)
hydromorphone hcl tabs	2	QL(240/30)
LAZANDA	5	PA QL(28/28)
nalbuphine hcl	4	
oxycodone hcl caps	2	QL(240/30)
oxycodone hcl conc	2	QL(360/30)
oxycodone hcl oral soln	2	QL(1200/30)
oxycodone hcl tabs	2	QL(240/30)
oxycodone/acetaminophen caps	2	QL(240/30)
oxycodone/acetaminophen tabs 650mg; 10mg	2	QL(180/30)
oxycodone/acetaminophen tabs 500mg; 7.5mg	2	QL(240/30)

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg	2	QL(360/30)
oxycodone/aspirin	2	QL(360/30)
oxycodone/ibuprofen	2	QL(150/30)
roxicet tabs	2	QL(360/30)
stagesic	2	QL(240/30)
tramadol hcl	2	QL(240/30)
tramadol hydrochloride/acetaminophen	2	QL(240/30)
XOLOX	3	QL(240/30)
ANESTHETICS		
LOCAL ANESTHETICS		
lidocaine hcl external soln	2	
lidocaine hcl inj 0.5%, 1%, 2%	4	
lidocaine hcl jelly	2	
lidocaine oint	2	
lidocaine viscous	1	
lidocaine/prilocaine cream	2	
LIDODERM	3	PA QL(90/30)
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS		
ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVING		
CAMPRAL	3	PA QL(180/30)

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
		MO
depade	2	PA
disulfiram tabs 250mg	2	
disulfiram tabs 500mg	2	MO
naltrexone hcl	2	PA
OPIOID ANTAGONISTS		
buprenorphine hcl inj	4	PA
buprenorphine hcl sublingual	2	PA QL(24/30)
buprenorphine hcl/naloxone hcl	2	PA QL(90/30)
naloxone hcl	4	
SUBOXONE	3	PA QL(90/30)
SMOKING CESSATION AGENTS		
bupropion	2	QL(60/30) MO
bupropion hcl sr tb12 150mg	2	PA QL(60/30) MO
CHANTIX	3	PA QL(340/365)
CHANTIX STARTING MONTH PAK	3	PA QL(106/365)
NICOTROL INHALER	3	PA QL(504/30)
NICOTROL NS	3	PA QL(40/30)
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
CELEBREX	3	QL(60/30) ST MO
diclofenac potassium	2	MO

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>diclofenac sodium dr tbec 25mg, 50mg</i>	2	MO
<i>diclofenac sodium dr tbec 75mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium er</i>	2	MO
<i>diflunisal</i>	2	MO
<i>etodolac</i>	2	MO
<i>etodolac er</i>	2	MO
<i>fenoprofen calcium</i>	2	MO
<i>flurbiprofen</i>	2	MO
<i>ibuprofen susp</i>	1	MO
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	MO
<i>ketoprofen</i>	2	MO
<i>ketoprofen er</i>	2	MO
<i>meclofenamate sodium</i>	2	MO
<i>meloxicam tabs</i>	1	MO
<i>nabumetone</i>	2	MO
<i>naproxen dr</i>	2	MO
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	2	MO
<i>naproxen susp</i>	2	MO
<i>naproxen tabs 250mg</i>	2	MO
<i>naproxen tabs 375mg, 500mg</i>	1	MO
<i>oxaprozin</i>	2	MO
<i>piroxicam</i>	2	MO
<i>sulindac</i>	2	MO
<i>tolmetin sodium</i>	2	MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
ANTIBACTERIALS		
AMINOGLYCOSIDES		
<i>amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 50mg/ml</i>	4	
<i>gentak oint</i>	2	
<i>gentamicin sulfate crea</i>	2	
<i>gentamicin sulfate inj</i>	4	
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln</i>	2	
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 0.9mg/ml; 0.9%, 1.2mg/ml; 0.9%, 1.4mg/ml; 0.9%, 1.6mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%</i>	4	
<i>gentamicin sulfate/sodium chloride isotonic</i>	4	
<i>gentamicin inj 0.8mg/ml; 0.9%, 1.2mg/ml; 0.9%, 1.6mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%</i>	4	

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>neomycin sulfate tabs</i>	2	
<i>neomycin/p olymyxin b sulfates</i>	4	
<i>paromomycin sulfate</i>	2	
<i>streptomycin sulfate</i>	4	
TOBI	5	B/D PA
<i>tobramycin sulfate inj 10mg/ml, 80mg/2ml</i>	4	
<i>tobramycin sulfate ophthalmic soln</i>	2	
TOBREX	3	
OINT		
ZYLET	3	
ANTIBACTERIALS, OTHER		
<i>ak-poly-bac</i>	2	
<i>alcohol</i>	1	
<i>preps pads</i>		
<i>baciim</i>	4	
<i>bacitracin ophthalmic oint</i>	2	
<i>bacitracin/p olymyxin b</i>	2	
BACTROBAN NASAL	3	
<i>chloramphenicol sodium succinate</i>	1	
<i>clindamycin hcl</i>	2	
<i>clindamycin phosphate add-vantage</i>	4	
<i>clindamycin phosphate crea</i>	2	
<i>clindamycin phosphate</i>	4	

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>inj</i> 150mg/ml		
colistimethate sodium	4	
CUBICIN	5	B/D PA
LINCOICIN	4	
methenamine hippurate	2	
METROGEL	3	
metronidazole cream	2	
metronidazole gel 0.75%	2	
metronidazole in nacl 0.79%	4	
metronidazole lotion	2	
metronidazole tabs	1	
metronidazole vaginal	2	
mupirocin calcium	2	
mupirocin oint	2	
neomycin/bacitracin/polymyxin	2	
neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone	2	
neomycin/polymyxin/gramicidin	2	
neomycin/polymyxin/hydrocortisone	2	
nitrofurantoin	2	PA QL(900/365)
nitrofurantoin	2	PA QL(90/365)

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
macrocrystalline		
nitrofurantoin monohydrate	2	PA QL(90/365)
NORITATE	3	
polycillin b	2	
polymyxin b sulfate	4	
PREVPAC	3	
PRIMSOL	3	
SYNERCID	4	
trimethoprim	2	
trimethoprim sulfate/poly	2	
TYGACIL	4	
VANCOMY CIN HCL CAPS 125MG	5	QL(40/30)
VANCOMY CIN HCL CAPS 250MG	5	QL(80/30)
VANCOMY CIN HCL IN DEXTROSE	5	
VANCOMY CIN HCL INJ 5000MG, 750MG	5	
VANCOMY CIN HCL INJ 1000MG, 10GM, 500MG	4	
XIFAXAN TABS 200MG	3	PA QL(9/30)
XIFAXAN TABS	3	PA QL(60/30)

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
550MG		
ZYVOX	5	PA
BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS		
cefaclor caps	2	
cefaclor er	2	
cefadroxil	2	
cefazolin sodium inj 10gm, 1gm, 1gm; 5%, 500mg	4	
cefazolin sodium/dextrose inj 2gm; 3%	4	
cefdinir	2	
cefepime inj 1gm, 1gm/50ml; 5%, 2gm, 2gm/100ml, 2gm/50ml; 5%	4	
cefotaxime sodium	4	
cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm	4	
cefpodoxime proxetil	2	
cefprozil	2	
ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm	4	
ceftazidime/dextrose	4	
ceftriaxone in iso-osmotic dextrose	4	
ceftriaxone sodium	4	
cefuroxime	2	

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>axetil</i>		
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 7.5gm, 750mg</i>	4	
<i>cephalexin caps 250mg, 500mg</i>	1	
<i>cephalexin susr</i>	2	
<i>cephalexin tabs</i>	2	
SUPRAX	3	
SUSR		
100MG/5ML		
,		
200MG/5ML		
SUPRAX	3	
TABS		
TAZICEF	4	
INJ		
1GM/50ML;		
4.4%		
<i>tazicef inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	4	
TEFLARO	4	
BETA-LACTAM, OTHER		
AZACTAM	4	
IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE		
<i>aztreonam</i>	4	
<i>cefotetan</i>	4	
<i>imipenem/cilastatin</i>	2	
INVANZ	4	
<i>meropenem</i>	2	
BETA-LACTAM, PENICILLINS		
<i>amoxicillin caps</i>	1	
<i>amoxicillin chew</i>	2	
<i>amoxicillin</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>susr</i>		
<i>amoxicillin tabs</i>	2	
<i>amoxicillin/c lavulanate potassium chew</i>	2	
<i>amoxicillin/c lavulanate potassium er</i>	2	
<i>amoxicillin/c lavulanate potassium susr</i>	2	
<i>amoxicillin/c lavulanate potassium tabs 250mg; 125mg</i>	2	
<i>amoxicillin/potassium clavulanate susr</i>	2	
<i>amoxicillin/potassium clavulanate tabs</i>	2	
<i>ampicillin caps</i>	2	
<i>ampicillin sodium</i>	4	
<i>ampicillin susr 250mg/5ml</i>	2	
<i>ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm, 2gm; 1gm</i>	4	
AUGMENTIN SUSR	3	
125MG/5ML		
;		
31.25MG/5ML		

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>dicloxacillin sodium</i>	2	
<i>nafcillin sodium</i>	4	
<i>oxacillin sodium</i>	4	
<i>penicillin g potassium</i>	4	
<i>penicillin v potassium oral soln</i>	1	
<i>penicillin v potassium tabs 250mg</i>	1	
<i>penicillin v potassium tabs 500mg</i>	2	
PFIZERPE N-G	4	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	4	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	4	
TIMENTIN	4	
ZOSYN INJ	4	
5%;		
2GM/50ML;		
0.25GM/50ML, 5%;		
3GM/50ML;		
0.375GM/50ML		
MACROLIDES		
AZASITE	3	
<i>azithromycin inj 500mg</i>	4	
<i>azithromycin pack</i>	2	QL(3/30)
<i>azithromycin susr 200mg/5ml</i>	2	QL(75/30)
<i>azithromycin</i>	2	QL(150/30)

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>n susr</i> 100mg/5ml		
azithromycin tabs	2	QL(12/28)
clarithromycin	2	
clarithromycin er	2	QL(60/30)
E.E.S. GRANULES	3	
ery	2	
ERY-TAB	3	
ERYPED 200	3	
ERYPED 400	3	
ERYTHRO CIN	4	
LACTOBIO NATE		
erythrocin stearate	2	
erythromycin base	2	
erythromycin	2	
<i>n</i> ethylsuccinate		
erythromycin external soln	2	
erythromycin gel	2	
erythromycin oint	2	
KETEK	3	QL(20/30)
ZMAX	3	QL(60/30)
QUINOLONES		
AVELOX	3	
ABC PACK		
AVELOX INJ	4	
AVELOX TABS	3	
CILOXAN OINT	3	

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
CIPRO HC	3	
CIPRODEX	3	
ciprofloxacin er	2	
ciprofloxacin hcl ophthalmic soln	2	
ciprofloxacin hcl tabs 100mg, 750mg	2	
ciprofloxacin hcl tabs 250mg, 500mg	1	
ciprofloxacin i.v.-in d5w	4	
ciprofloxacin inj 400mg/40ml	4	
levofloxacin in d5w	4	
levofloxacin inj	4	
levofloxacin tabs	2	
MOXEZA	3	
ofloxacin	2	
VIGAMOX	3	
SULFONAMIDES		
BLEPHAMI DE	3	
blephamide s.o.p.	2	
erythromycin/sulfisoxazole	2	
sodium sulfacetamide ophthalmic soln	2	
sulfacetamide sodium ophthalmic	2	

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>soln</i>		
sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate	2	
sulfadiazine	2	
sulfamethoxazole/trimethoprim ds	1	
sulfamethoxazole/trimethoprim inj	4	
sulfamethoxazole/trimethoprim susp	1	
sulfamethoxazole/trimethoprim tabs	1	
TETRACYCLINES		
DEMECLO CYCLINE HCL	2	
doxycycline caps 75mg	2	
doxycycline hyclate caps	1	
doxycycline hyclate cpep	2	
doxycycline hyclate inj	4	
doxycycline hyclate tabs 100mg	1	
doxycycline hyclate tabs 20mg	2	
doxycycline monohydrate	2	
minocycline hcl	2	
tetracycline hcl	1	

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
ANTICONVULSANTS		
ANTICONVULSANTS, OTHER		
levetiracetam er	2	
levetiracetam inj	4	
levetiracetam oral soln	2	MO
levetiracetam tabs	2	MO
phenobarbital	2	MO
POTIGA	3	PA QL(90/30) MO

CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS		
CELONTIN	3	MO
ethosuximide	2	MO
LYRICA CAPS 225MG, 25MG, 300MG	3	QL(60/30) MO
LYRICA CAPS 100MG, 150MG, 200MG, 50MG, 75MG	3	QL(90/30) MO
LYRICA ORAL SOLN	3	QL(900/30)
zonisamide	2	MO

GAMMA-AMINO BUTYRIC ACID (GABA) AUGMENTING AGENTS		
clonazepam odt tbdp 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg	2	QL(90/30)
clonazepam odt tbdp	2	QL(300/30)

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
2mg		
clonazepam tabs 0.5mg, 1mg	2	QL(90/30)
clonazepam tabs 2mg	2	QL(300/30)
clorazepate dipotassium tabs 3.75mg, 7.5mg	2	QL(90/30)
clorazepate dipotassium tabs 15mg	2	QL(120/30)
DIAZEPAM GEL	3	
divalproex sodium	2	MO
divalproex sodium dr	2	MO
divalproex sodium er	2	MO
gabapentin	2	MO
GABITRIL TABS 16MG	3	QL(90/30)
GABITRIL TABS 12MG	3	QL(120/30)
ONFI TABS 10MG, 5MG	3	QL(60/30)
ONFI TABS 20MG	3	QL(120/30)
primidone	2	MO
SABRIL PACK	5	PA QL(200/30) MO
SABRIL TABS	5	PA QL(180/30) MO
tiagabine hydrochloride tabs 4mg	2	QL(90/30) MO
tiagabine hydrochloride tabs 2mg	2	QL(180/30) MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
valproate sodium	4	
valproic acid	2	MO
GLUTAMATE REDUCING AGENTS		
felbamate	2	MO
LAMICTAL STARTER/NOT TAKING CARBAMAZEPINE	3	
LAMICTAL STARTER/TAKING CARBAMAZEPINE/NOT TAKING VALPROATE	3	
LAMICTAL STARTER/TAKING VALPROATE	3	
lamotrigine	2	MO
lamotrigine er	2	MO
topiramate	2	MO
SODIUM CHANNEL AGENTS		
BANZEL SUSP	5	PA MO
BANZEL TABS 400MG	5	PA MO
BANZEL TABS 200MG	4	PA MO
carbamazepine	2	MO
carbamazepine er cp12	2	
carbamazepine er tb12	2	MO
dilantin caps 30mg	2	MO
fosphenytoi	4	

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>n sodium</i>		
<i>oxcarbazepine susp</i>	2	
<i>oxcarbazepine tabs</i>	2	MO
PEGANON E	3	MO
<i>phenytoin</i>	2	MO
<i>phenytoin sodium</i>	4	
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	MO
TEGRETOL -XR TB12 100MG	3	MO
VIMPAT INJ	4	QL(1200/30)
VIMPAT ORAL SOLN	3	QL(1200/30) MO
VIMPAT TABS	3	QL(60/30) MO
ANTIDEMENTIA AGENTS		
CHOLINESTERASE INHIBITORS		
<i>donepezil hcl tabs 5mg</i>	2	QL(30/30) MO
<i>donepezil hcl tabs 10mg</i>	2	QL(60/30) MO
<i>donepezil hcl tbdp 5mg</i>	2	QL(30/30) MO
<i>donepezil hcl tbdp 10mg</i>	2	QL(60/30) MO
EXELON ORAL SOLN	3	QL(180/30) MO
EXELON PT24	3	QL(30/30) MO
<i>galantamine hydrobromide cp24</i>	2	QL(30/30) MO
<i>galantamine</i>	2	QL(200/30)

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>hydrobromide oral soln</i>		
<i>galantamine hydrobromide tabs</i>	2	QL(60/30) MO
<i>rivastigmine tartrate</i>	2	QL(60/30) MO
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST		
NAMENDA ORAL SOLN	3	QL(300/30) MO
NAMENDA TABS 10MG	3	QL(60/30) MO
NAMENDA TABS 5MG	3	QL(90/30) MO
NAMENDA TITRATION PAK	3	QL(49/28) MO
ANTIDEPRESSANTS		
ANTIDEPRESSANTS, OTHER		
<i>budeprion sr tb12 100mg</i>	2	QL(60/30) MO
<i>budeprion sr tb12 150mg</i>	2	QL(90/30) MO
<i>bupropion hcl</i>	2	MO
<i>bupropion hcl er tb12 200mg</i>	2	QL(60/30) MO
<i>bupropion hcl sr tb12 100mg, 200mg</i>	2	QL(60/30) MO
<i>bupropion hcl sr tb12 150mg</i>	2	QL(90/30) MO
<i>bupropion hcl xl tb24 300mg</i>	2	QL(30/30) MO
<i>bupropion hcl xl tb24 150mg</i>	2	QL(90/30) MO
<i>maprotiline</i>	2	MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>hcl</i>		
<i>mirtazapine</i>	2	QL(30/30) MO
<i>mirtazapine odt tbdp</i>	2	QL(30/30) MO
<i>30mg, 45mg</i>		
<i>nefazodone hcl</i>	2	QL(60/30) MO
<i>trazodone hcl tabs 300mg</i>	2	MO
<i>trazodone hcl tabs 100mg, 150mg, 50mg</i>	1	MO
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS		
AZILECT	3	
EMSAM	3	MO
MARPLAN	3	MO
<i>phenelzine sulfate</i>	2	MO
<i>selegiline hcl</i>	2	MO
<i>tranylcypromine sulfate</i>	2	MO
SEROTONIN/NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS		
<i>citalopram hydrobromide oral soln</i>	1	QL(600/30) MO
<i>citalopram hydrobromide tabs 40mg</i>	1	QL(30/30) MO
<i>citalopram hydrobromide tabs 10mg, 20mg</i>	1	QL(60/30) MO
CYMBALTA	3	QL(60/30) MO
DESVENLA	3	QL(30/30) MO
FAXINE ER		MO
<i>escitalopram oxalate oral soln</i>	2	QL(600/30) MO

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
escitalopra m oxalate tabs	2	QL(60/30) MO
fluoxetine dr	2	MO
fluoxetine hcl caps 10mg	2	QL(30/30) MO
fluoxetine hcl caps 40mg	2	QL(60/30) MO
fluoxetine hcl caps 20mg	2	QL(120/30) MO
fluoxetine hcl oral soln	2	MO
fluoxetine hcl tabs 20mg	2	MO
fluoxetine hcl tabs 10mg	2	QL(30/30) MO
fluvoxamine maleate	2	MO
fluvoxamine maleate er cp24 150mg	2	QL(60/30)
fluvoxamine maleate er cp24 100mg	2	QL(90/30)
LUVOX CR	3	QL(90/30)
paroxetine hcl er tb24 12.5mg	2	QL(30/30) MO
paroxetine hcl er tb24 37.5mg	2	QL(60/30) MO
paroxetine hcl er tb24 25mg	2	QL(90/30) MO
paroxetine hcl tabs 30mg, 40mg	2	QL(60/30) MO
paroxetine hcl tabs 10mg	1	QL(30/30) MO
paroxetine	1	QL(60/30)

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
hcl tabs 20mg		MO
PAXIL SUSP	3	
PRISTIQ	3	QL(30/30) MO
sertraline hcl conc	2	QL(300/30) MO
sertraline hcl tabs 25mg, 50mg	2	QL(30/30) MO
sertraline hcl tabs 100mg	2	QL(60/30) MO
venlafaxine hcl	2	QL(120/30) MO
venlafaxine hcl er cp24 37.5mg	2	QL(30/30) MO
venlafaxine hcl er cp24 150mg	2	QL(60/30) MO
venlafaxine hcl er cp24 75mg	2	QL(90/30) MO
venlafaxine hcl er tb24 37.5mg	2	QL(30/30) MO
venlafaxine hcl er tb24 150mg	2	QL(60/30) MO
venlafaxine hcl er tb24 75mg	2	QL(90/30) MO
VIIBRYD KIT	4	QL(30/30) ST
VIIBRYD TABS	4	QL(30/30) ST MO
TRICYCLICS		
amitriptyline hcl tabs 150mg	2	PA MO
amitriptyline hcl tabs 100mg, 10mg,	1	PA MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
25mg, 50mg, 75mg		
amoxapine	2	MO
clomipramin e hcl	2	PA MO
desipramine hcl	2	MO
doxepin hcl	2	PA MO
imipramine hcl	2	PA MO
imipramine pamoate	2	PA MO
nortriptyline hcl caps 50mg, 75mg	2	MO
nortriptyline hcl caps 10mg, 25mg	1	MO
nortriptyline hcl oral soln	2	
perphenazin e/amitriptyli ne	2	PA MO
protriptyline hcl	2	MO
trimipramine maleate	2	PA MO
ANTIEMETICS		
ANTIEMETICS, OTHER		
meclizine hcl tabs	2	
TRANSDER M-SCOP	3	QL(12/36)
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
ALOXI	4	B/D PA
dronabinol	2	PA QL(90/30)
EMEND CAPS 40MG	3	B/D PA QL(1/30)
EMEND CAPS 125MG	3	B/D PA QL(2/30)
EMEND	3	B/D PA

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
CAPS 80MG		QL(6/30)
granisetron hcl inj 0.1mg/ml, 1mg/ml	4	B/D PA
granisetron hcl tabs	2	B/D PA QL(60/30)
ondansetron hcl inj	4	
ondansetron hcl oral soln	2	
ondansetron hcl tabs 24mg	2	QL(5/30)
ondansetron hcl tabs 4mg, 8mg	2	QL(90/30)
ondansetron odt	2	QL(90/30)

ANTIFUNGALS

ANTIFUNGALS

ABELCET	4	PA
AMBISOME	4	PA
AMPHOTE C INJ 50MG	4	PA
amphotericin b	4	PA
CANCIDAS	5	PA
ciclopirox nail lacquer	2	
ciclopirox olamine	2	
ciclopirox sham	2	
ciclopirox susp	2	
clotrimazole external crea	2	
clotrimazole external soln	2	
clotrimazole troc	2	
econazole	2	

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
nitrate		
fluconazole in dextrose	4	
fluconazole in nacl	4	
fluconazole susr	2	
fluconazole tabs 100mg, 200mg, 50mg	2	
fluconazole tabs 150mg	1	QL(8/30)
flucytosine	2	
GRIS-PEG	3	
griseofulvin microsize	2	
itraconazole	2	PA QL(120/30)
ketoconazol e crea	2	
ketoconazol e sham	2	
ketoconazol e tabs	2	
NAFTIN CREA	3	
NAFTIN GEL 1%	3	
NATACYN	3	
NOXAFIL	5	PA QL(600/30)
nyamyc	2	
nystatin crea	2	
nystatin oint	2	
nystatin powd 100000unit/ gm	2	
nystatin susp	2	
nystatin tabs	2	
nystatin/tria mcinolone	2	

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
nystop	2	
pedi-dri	2	
SPORANO X ORAL SOLN	3	PA
terbinafine hcl tabs	1	QL(180/36 5)
terconazole	2	
voriconazol e inj	4	PA
voriconazol e tabs	5	PA
XOLEGEL	3	
zazole supp	2	
ANTIGOUT AGENTS		
ANTIGOUT AGENTS		
allopurinol	1	MO
allopurinol sodium	4	
COLCRYS	3	MO
probenecid	2	MO
probenecid/ colchicine	2	MO
ULORIC	3	ST
ANTIMIGRAINE AGENTS		
ERGOT ALKALOIDS		
cafergot	2	
dihydroergot amine mesylate inj	3	
migergot	2	
SEROTONIN (5-HT) 1B/1D RECEPTOR AGONISTS		
naratriptan hcl	2	QL(9/30)
rizatriptan benzoate	2	
sumatriptan	2	QL(12/30)
sumatriptan succinate inj	2	QL(8/30)
sumatriptan succinate refill	2	QL(8/30)
sumatriptan succinate	2	QL(9/30)

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>tabs</i>		
ANTIMYASTHENIC AGENTS		
PARASYMPATHOMIMETICS		
<i>guanidine hcl</i>	1	
MESTINON	3	
TIMESPAN		
<i>pyridostigmine bromide</i>	2	
<i>regonol</i>	4	
ANTIMYCOBACTERIALS		
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
<i>dapsone</i>	2	MO
MYCOBUTIN	3	
ANTITUBERCULARS		
CAPASTAT SULFATE	4	
<i>cycloserine</i>	2	
<i>ethambutol hcl</i>	2	
<i>isoniazid inj</i>	4	
<i>isoniazid syrup</i>	2	
<i>isoniazid tabs 100mg</i>	1	
<i>isoniazid tabs 300mg</i>	3	
PASER	3	
PRIFTIN	3	
<i>pyrazinamide</i>	2	
<i>rifampin caps</i>	2	
<i>rifampin inj</i>	4	
RIFATER	3	
TRECTOR	3	
ANTINEOPLASTICS		
ALKYLATING AGENTS		
BICNU	4	B/D PA
BUSULFEX	5	B/D PA
CEENU	3	
<i>cyclophosphamide inj</i>	4	B/D PA
<i>cyclophosph</i>	2	B/D PA

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>amide tabs</i>		
<i>dacarbazine</i>	4	B/D PA
HEXALEN	5	
<i>ifosfamide inj 1gm, 3gm</i>	4	B/D PA
<i>ifosfamide/mesna</i>	5	B/D PA
LEUKERAN	3	
MATULANE	5	
<i>melphalan hydrochloride</i>	5	B/D PA
MUSTARGEN	4	B/D PA
TEMODAR INJ	5	B/D PA
<i>thiotepa</i>	4	B/D PA
TREANDA INJ 25MG	4	B/D PA
TREANDA INJ 100MG	5	B/D PA
ZANOSAR	4	B/D PA
ANTIANGIOGENIC AGENTS		
CAPRELSA	5	PA
REVLIMID	5	PA
CAPS 10MG, 15MG, 2.5MG, 25MG, 5MG		QL(21/28)
THALOMID 150MG, 200MG, 50MG	5	PA
CAPS 150MG, 200MG, 50MG		QL(60/30)
THALOMID 100MG	5	PA
CAPS 100MG		QL(90/30)
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
EMCYT	3	
FARESTON	3	MO
FASLODEX	5	B/D PA
SOLTAMOX	3	
<i>tamoxifen citrate</i>	2	MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
ANTIMETABOLITES		
ALIMTA INJ 500MG	5	B/D PA
<i>cladribine</i>	4	B/D PA
CLOLAR	4	B/D PA
<i>cytarabine aqueous</i>	4	B/D PA
<i>cytarabine aqueous</i>	4	B/D PA
DROXIA	3	MO
ELITEK	5	B/D PA
<i>fluorouracil inj 2.5gm/50ml</i>	4	B/D PA
FOLOTYN	5	B/D PA
<i>gemcitabine hcl</i>	4	B/D PA
<i>gemcitabine hcl</i>	5	B/D PA
<i>hydroxyurea</i>	2	
<i>mercaptopurine</i>	2	
<i>pentostatin</i>	5	B/D PA
TABLOID	3	
ANTINEOPLASTICS		
KYPROLIS	5	PA QL(6/28)
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
ABRAXANE	5	B/D PA
<i>adriamycin inj 20mg</i>	4	B/D PA
<i>amifostine</i>	4	B/D PA
ARRANON	4	
<i>bleomycin sulfate</i>	4	B/D PA
<i>calcium folinate</i>	4	
<i>carboplatin inj 150mg/15ml</i>	4	B/D PA
<i>cerubidine</i>	4	B/D PA
<i>cisplatin inj 100mg/100ml</i>	4	B/D PA
COMETRIQ	5	PA
COSMEGEN	5	B/D PA

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
DACOGEN	5	
<i>dactinomycin</i>	5	B/D PA
<i>daunorubicin hcl inj 5mg/ml</i>	4	B/D PA
DAUNOXOME	5	B/D PA
<i>dexrazoxane</i>	4	B/D PA
DOCEFREZ	5	B/D PA
<i>docetaxel inj 20mg/ml, 80mg/4ml, 80mg/8ml</i>	5	B/D PA
<i>doxorubicin hcl inj 2mg/ml</i>	2	B/D PA
DOXORUBICIN HCL LIPOSOME	5	B/D PA
ELLENCEN	4	B/D PA
<i>irinotecan inj 200mg/100ml</i>		
ELSPAR	4	B/D PA
<i>epirubicin hcl inj 50mg/25ml</i>	4	B/D PA
<i>epirubicin hcl inj 200mg/100ml</i>	5	B/D PA
ERIVEDGE	5	PA QL(30/30)
<i>fludarabine phosphate</i>	4	B/D PA
FUSILEV	5	
HALAVEN	5	PA
ICLUSIG	5	PA
<i>idarubicin hcl inj 10mg/10ml</i>	5	B/D PA
<i>irinotecan inj 100mg/5ml</i>	4	B/D PA

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
ISTODAX	5	PA MO
IXEMPRAKIT	5	B/D PA
JAKAFI	5	PA QL(60/30)
JEVTANA	5	B/D PA
<i>leucovorin calcium inj 100mg, 10mg/ml, 350mg, 500mg, 50mg</i>	4	
<i>leucovorin calcium tabs</i>	2	
MEKINIST	5	PA
MENEST	3	PA
<i>mesna</i>	2	B/D PA
MESNEX TABS	4	
<i>mitomycin</i>	4	B/D PA
MITOXANTRONE HCL	3	B/D PA
ONCASPAR	5	B/D PA
ONTAK	5	B/D PA
<i>oxaliplatin inj 100mg/20ml</i>	5	B/D PA
<i>paclitaxel inj 300mg/50ml</i>	4	B/D PA
PICATO	4	ST
POMALYST	5	PA QL(21/28)
PROLEUKIN	5	B/D PA
SYLATRON	5	PA
SYNRIBO	5	PA
TAFINLAR	5	PA
TAXOTERE	5	B/D PA
TRISENOX	4	B/D PA
VELCADE	5	B/D PA
VIDAZA	5	B/D PA
<i>vinblastine sulfate</i>	4	B/D PA
<i>vincasar pfs</i>	4	B/D PA

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>vincristine sulfate</i>	4	B/D PA
<i>vinorelbine tartrate inj 50mg/5ml</i>	4	B/D PA
ZINECARD INJ 250MG	4	B/D PA
ZOLINZA	5	QL(120/30)
ZYTIGA	5	PA QL(120/30)
AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION		
<i>anastrozole</i>	2	QL(30/30) MO
<i>exemestane</i>	2	
<i>letrozole</i>	2	QL(30/30)
ENZYME INHIBITORS		
ETOPOPHOS	4	B/D PA
ETOPOSIDE INJ	3	B/D PA
<i>topotecan hcl inj 4mg</i>	5	B/D PA
MOLECULAR TARGET INHIBITORS		
AFINITOR	5	PA QL(30/30)
BOSULIF	5	PA
GLEEVEC	5	PA QL(60/30)
INLYTA TABS 5MG	5	PA QL(120/30)
INLYTA TABS 1MG	5	PA QL(240/30)
NEXAVAR	5	PA
SPRYCEL	5	PA
STIVARGA	5	PA QL(84/21)
SUTENT	5	PA
TARCEVA	5	PA
TASIGNA	5	PA
TYKERB	5	PA
VOTRIENT	5	PA QL(120/30)
XALKORI	5	PA QL(60/30)

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
ZELBORAF	5	PA QL(240/30)
MONOCLONAL ANTIBODIES		
ARZERRA INJ 100MG/5ML	5	B/D PA MO
AVASTIN INJ 100MG/4ML	5	B/D PA
ERBITUX	5	B/D PA
HERCEPTI N	5	B/D PA
KADCYLA	5	PA
PERJETA	5	PA
RITUXAN	5	PA
VECTIBIX INJ 100MG/5ML	3	B/D PA
YERVOY	5	B/D PA
ZALTRAP	5	PA
RETINOIDS		
PANRETIN	3	
TARGRETI N	5	
<i>tretinoin</i> caps	2	MO
ANTIPARASITICS		
ANTHELMINTICS		
ALBENZA	3	
STROMECH TOL	3	
ANTIPROTOZOALS		
ALINIA	3	
<i>chloroquine</i> <i>phosphate</i>	2	MO
COARTEM	3	
DARAPRIM	3	
<i>hydroxychloroquine</i> <i>sulfate</i>	2	MO
<i>mefloquine</i> <i>hcl</i>	2	MO
MEPRON	5	
NEBUPENT	3	B/D PA
NEUTREXI	5	

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
N		
PENTAM 300	3	
<i>primaquine</i> <i>phosphate</i>	1	
<i>quinine</i> <i>sulfate</i>	1	
PEDICULICIDES/SCABICIDES		
<i>acticin</i>	2	
<i>lindane</i>	2	
<i>malathion</i>	2	
<i>permethrin</i> <i>crea</i>	2	
ANTIPARKINSON AGENTS		
ANTICHOLINERGICS		
<i>benztropine</i> <i>mesylate inj</i>	4	PA
<i>benztropine</i> <i>mesylate</i> <i>tabs 2mg</i>	1	PA MO
<i>benztropine</i> <i>mesylate</i> <i>tabs 0.5mg,</i> <i>1mg</i>	2	PA MO
<i>trihexypheni</i> <i>dyl hcl elix</i>	2	PA MO
<i>trihexypheni</i> <i>dyl hcl tabs</i> <i>5mg</i>	2	PA MO
<i>trihexypheni</i> <i>dyl hcl tabs</i> <i>2mg</i>	1	PA MO
ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER		
<i>entacapone</i>	2	MO
TASMAR	5	MO
DOPAMINE AGONISTS		
APOKYN	5	PA QL(60/30) MO
<i>bromocriptin</i> <i>e mesylate</i>	2	MO
<i>pramipexole</i> <i>dihydrochloride</i>	2	QL(90/30) MO
<i>ropinirole</i>	2	MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>hcl</i>		
DOPAMINE PRECURSORS/L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS		
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	MO
<i>carbidopa/levodopa cr</i>	2	MO
<i>carbidopa/levodopa er</i>	2	MO
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	2	MO
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	2	MO
LODOSYN	3	MO
ANTIPSYCHOTICS		
1ST GENERATION/TYPICAL		
<i>chlorpromazine hcl inj</i>	4	
<i>chlorpromazine hcl tabs</i>	2	MO
<i>compro</i>	2	
<i>fluphenazine decanoate</i>	4	
<i>fluphenazine hcl conc</i>	2	MO
<i>fluphenazine hcl elix</i>	2	MO
<i>fluphenazine hcl inj</i>	4	
<i>fluphenazine hcl tabs</i> <i>1mg</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl tabs</i> <i>10mg,</i> <i>2.5mg, 5mg</i>	2	MO
<i>haloperidol conc</i>	2	MO
<i>haloperidol decanoate</i>	4	
<i>haloperidol lactate</i>	4	
<i>haloperidol</i>	1	MO

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>		
<i>haloperidol tabs 10mg, 20mg</i>	2	MO
<i>loxapine succinate</i>	2	MO
<i>ORAP</i>	3	MO
<i>perphenazine</i>	2	MO
<i>prochlorperazine</i>	2	
<i>prochlorperazine edisylate</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate tabs 10mg</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate tabs 5mg</i>	2	
<i>thioridazine hcl</i>	2	PA MO
<i>thiothixene caps 10mg, 1mg, 5mg</i>	2	MO
<i>thiothixene caps 2mg</i>	1	MO
<i>trifluoperazine hcl</i>	2	MO

2ND GENERATION/ATYPICAL

ABILIFY	3	QL(60/30)
DISC MELT		MO
ABILIFY INJ	4	
ABILIFY	5	ST
MAINTENA INJ 300MG		
ABILIFY ORAL SOLN	3	QL(900/30) MO
ABILIFY TABS	3	QL(30/30) MO
FANAPT	5	QL(60/30)

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
TABS 6MG		ST
FANAPT	4	QL(60/30)
TABS 10MG, 12MG, 1MG, 2MG, 4MG, 8MG		ST
FANAPT TITRATION PACK	4	QL(16/30) ST
GEODON INJ	4	QL(60/30)
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25 ML	4	QL(0.25/28)
INVEGA SUSTENNA INJ 78MG/0.5ML	4	QL(0.5/28)
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75 ML	5	QL(0.75/28)
INVEGA SUSTENNA INJ 156MG/ML	5	QL(1/28)
INVEGA SUSTENNA INJ 234MG/1.5 ML	5	QL(1.5/28)
INVEGA TB24 9MG	5	QL(30/30) ST
INVEGA TB24 1.5MG, 3MG	4	QL(30/30) ST
INVEGA TB24 6MG	4	QL(60/30) ST
LATUDA TABS	4	QL(30/30) ST MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
120MG, 20MG, 40MG		
LATUDA	4	QL(60/30) ST MO
TABS 80MG		
<i>olanzapine inj</i>	4	
<i>olanzapine odt</i>	2	QL(30/30) MO
<i>olanzapine tabs</i>	2	QL(30/30) MO
<i>olanzapine/f luoxetine</i>	2	QL(30/30) MO
<i>quetiapine fumarate</i>	2	QL(90/30) MO
RISPERDAL CONSTA	4	
<i>risperidone m-tab</i>	2	QL(90/30) MO
<i>risperidone odt tbdp 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg</i>	2	QL(90/30) MO
<i>risperidone odt tbdp 4mg</i>	2	QL(120/30) MO
<i>risperidone oral soln</i>	2	QL(360/30) MO
<i>risperidone tabs 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg</i>	2	QL(90/30) MO
<i>risperidone tabs 4mg</i>	2	QL(120/30) MO
SAPHRIS	3	QL(60/30) MO
SEROQUEL XR TB24 150MG, 200MG	3	QL(30/30) MO
SEROQUEL XR TB24 300MG,	3	QL(60/30) MO

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
400MG, 50MG		
<i>ziprasidone hcl</i>	2	QL(60/30) MO
ZYPREXA RELPREVV	5	
TREATMENT-RESISTANT		
<i>clozapine</i>	2	
CLOZAPIN E ODT TBDP 100MG	4	
<i>clozapine odt tbdp</i> 12.5mg, 25mg	4	MO
FAZACLO	4	ST
ANTISPASTICITY AGENTS		
ANTISPASTICITY AGENTS		
<i>baclofen tabs 10mg</i>	1	MO
<i>baclofen tabs 20mg</i>	2	MO
<i>dantrolene sodium caps</i>	2	
<i>tizanidine hcl tabs</i>	2	MO
ANTIVIRALS		
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS		
<i>cidofovir</i>	5	
<i>foscarnet sodium</i>	4	
<i>ganciclovir</i>	4	B/D PA
VALCYTE	5	MO
ZIRGAN	3	ST
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS		
ATRIPLA	5	MO
COMPLER A	5	MO
EDURANT	3	
INTELENC	5	QL(60/30)

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
E TABS 200MG		
INTELENC E TABS 100MG	5	QL(120/30) MO
INTELENC E TABS 25MG	5	QL(180/30) MO
NEVIRAPIN E SUSP	2	MO
<i>nevirapine tabs</i>	2	MO
RESCRIPT OR	3	MO
STRIBILD	5	MO
SUSTIVA	3	MO
<i>viramune susp</i>	3	MO
VIRAMUNE XR	3	
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS		
<i>abacavir</i>	2	MO
<i>didanosine</i>	2	MO
EMTRIVA	3	MO
EPIVIR HBV	3	MO
EPIVIR ORAL SOLN	3	MO
EPZICOM	5	MO
<i>lamivudine</i>	2	MO
<i>lamivudine/zidovudine</i>	5	MO
RETROVIR IV INFUSION	4	
<i>stavudine</i>	2	MO
TRIZIVIR	5	MO
TRUVADA	5	MO
VIDEX PEDIATRIC	3	MO
VIREAD	5	MO
ZIAGEN ORAL	3	MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
SOLN <i>zidovudine</i>	2	MO
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
FUZEON	5	MO
ISENTRES S CHEW 100MG	5	QL(180/30)
ISENTRES S CHEW 25MG	5	QL(360/30)
ISENTRES S TABS	5	QL(60/30) MO
SELZENTR Y TABS 150MG	5	QL(60/30) MO
SELZENTR Y TABS 300MG	5	QL(120/30) MO
ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS		
APTIVUS	5	MO
CRIVIVAN	3	MO
INVIRASE	5	MO
KALETRA ORAL SOLN	5	MO
KALETRA TABS 200MG; 50MG	5	MO
KALETRA TABS 100MG; 25MG	4	MO
LEXIVA SUSP	4	MO
LEXIVA TABS	5	MO
NORVIR	3	MO
PREZISTA SUSP	5	
PREZISTA TABS 800MG	5	QL(30/30) MO
PREZISTA TABS	5	QL(60/30) MO

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
400MG, 600MG		
PREZISTA TABS 150MG	4	QL(180/30) MO
PREZISTA TABS 75MG	4	QL(360/30) MO
REYATAZ CAPS 100MG	4	MO
REYATAZ CAPS 150MG, 200MG, 300MG	5	MO
VIRACEPT	5	MO
ANTI-INFLUENZA AGENTS		
<i>amantadine hcl caps</i>	2	MO
<i>amantadine hcl syrp</i>	2	
<i>amantadine hcl tabs</i>	2	MO
<i>rimantadine hcl</i>	2	
TAMIFLU CAPS 45MG, 75MG	3	QL(56/365)
TAMIFLU CAPS 30MG	3	QL(112/36 5)
TAMIFLU SUSR	3	QL(700/36 5)
ANTIHEPATITIS AGENTS		
BARACLUD E	3	MO
HEPSERA	5	QL(30/30) MO
INCIVEK	5	PA QL(180/30)
INFERGEN INJ 15MCG/0.5 ML	5	PA

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
INTRON-A	4	
INTRON-A W/DILUENT INJ 10MU, 18MU	4	
PEG- INTRON INJ 50MCG/0.5 ML	5	PA
PEG- INTRON REDIPEN	5	PA
PEG- INTRON REDIPEN PAK 4	5	PA
REBETOL ORAL SOLN	4	PA
RIBAPAK	5	PA
<i>ribasphere</i>	2	PA
<i>ribavirin</i>	2	PA
TYZEKA	3	PA MO
VICTRELIS	5	PA QL(360/30)
ANTIHERPETIC AGENTS		
<i>acyclovir</i>	2	
<i>acyclovir sodium</i>	4	
DENAVIR	3	
<i>famciclovir</i>	2	QL(21/7)
<i>trifluridine</i>	2	
<i>valacyclovir hcl</i>	2	QL(30/30)
ZOVIRAX CREA	3	
ZOVIRAX OINT	3	
ANXIOLYTICS		
ANXIOLYTICS, OTHER		
<i>alprazolam odt tbdp 0.25mg, 0.5mg</i>	2	QL(90/30)

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>alprazolam odt tbdp 2mg</i>	2	QL(150/30)
<i>alprazolam odt tbdp 1mg</i>	2	QL(300/30)
<i>alprazolam tabs 0.25mg, 0.5mg</i>	2	QL(90/30)
<i>alprazolam tabs 2mg</i>	2	QL(150/30)
<i>alprazolam tabs 1mg</i>	2	QL(300/30)
<i>buspirone hcl tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>buspirone hcl tabs 15mg, 30mg, 7.5mg</i>	2	
<i>diazepam oral soln</i>	2	QL(1200/3 0)
<i>diazepam tabs</i>	2	QL(120/30)
<i>lorazepam conc</i>	2	QL(120/30) MO
<i>lorazepam tabs</i>	2	QL(120/30) MO
<i>oxazepam</i>	2	QL(120/30) MO
BIPOLAR AGENTS		
MOOD STABILIZERS		
<i>lithium carbonate caps 300mg</i>	1	MO
<i>lithium carbonate caps 150mg, 600mg</i>	2	MO
<i>lithium carbonate er</i>	2	MO
<i>lithium</i>	2	MO

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
carbonate tabs		
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
ANTIDIABETIC AGENTS		
acarbose	2	QL(90/30) MO
BYDUREO N	3	QL(4/28)
BYETTA	3	QL(2.4/30) MO
CYCLOSET	4	
glimepiride tabs 1mg, 2mg	1	QL(30/30) MO
glimepiride tabs 4mg	1	QL(60/30) MO
glipizide	1	MO
glipizide er	1	MO
glipizide xl tb24 2.5mg	1	MO
glipizide/metformin hcl	1	MO
glyburide	2	PA MO
glyburide micronized	2	PA MO
glyburide/metformin hcl	2	PA MO
GLYSET	3	MO
JANUMET	3	QL(60/30) MO
JANUMET XR TB24 500MG; 50MG	3	QL(30/30) MO
JANUMET XR TB24 1000MG; 100MG, 1000MG; 50MG	3	QL(60/30) MO
JANUVIA	3	QL(30/30) MO
JENTADUE TO	3	QL(60/30) MO
JUVISYNC	3	QL(30/30) MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
metformin hcl	1	MO
metformin hcl er tb24 500mg, 750mg	1	MO
nateglinide	2	QL(90/30) MO
PIOGLITAZ ONE HCL	2	QL(30/30) MO
pioglitazone hcl-glimepiride	2	QL(30/30) MO
PIOGLITAZ ONE HCL/METFORMIN	2	QL(90/30) MO
PRANDIN	3	MO
RIOMET	3	MO
SYMLINPE N 120	3	PA QL(11/30) MO
SYMLINPE N 60	3	PA QL(6/30) MO
tolazamide	2	MO
TRADJENTA	3	QL(30/30) MO
VICTOZA	3	QL(9/30)
GLYCEMIC AGENTS		
clinimix 4.25%/dextrose 20%	4	B/D PA
CLINIMIX 5%/DEXTR OSE 15%	4	B/D PA
CLINIMIX 5%/DEXTR OSE 20%	4	B/D PA
CLINIMIX E 4.25%/DEX TROSE	3	B/D PA
dextrose 10%/nacl	4	

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
0.45%		
dextrose 10% flex container	4	
dextrose 10%/nacl 0.2%	4	
dextrose 2.5%/nacl 0.45%	4	
dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%	4	
dextrose 5%	4	
dextrose 5%/nacl 0.2%	4	
dextrose 5%/nacl 0.225%	4	
dextrose 5%/nacl 0.33%	4	
dextrose 5%/nacl 0.45%	4	
dextrose 5%/nacl 0.9%	4	
dextrose 5%/sodium chloride 0.2%	4	
dextrose 5%/sodium chloride 0.45%	4	
GLUCAGE N HYPOKIT	4	
kcl 0.075%/d5w /nacl 0.45%	4	
kcl 0.15%/d5w/ nacl 0.3%	4	

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
kcl 0.15%/d5w/l r	4	
kcl 0.15%/d5w/ nacl 0.2%	4	
kcl 0.15%/d5w/ nacl 0.45%	4	
kcl 0.15%/d5w/ nacl 0.9%	4	
kcl 0.3%/d5w/n acl 0.45%	4	
normosol-r in d5w	4	B/D PA
potassium chloride 0.15% d5w/nacl 0.33%	4	
potassium chloride 0.15% d5w/nacl 0.45% viaflex	4	
potassium chloride 0.22% d5w/nacl 0.45%	4	
potassium chloride 0.224%/d5w /nacl 0.45%	4	
PROGLYCE M	3	MO
INSULINS		
HUMALOG	3	MO
HUMALOG KWIKPEN	3	MO
humalog mix 50/50	3	MO
humalog	3	MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
mix 50/50 kwikpen		
humalog mix 75/25	3	MO
humalog mix 75/25 kwikpen	3	MO
humulin 70/30	3	MO
humulin 70/30 pen	3	MO
humulin n	3	MO
humulin n u- 100 pen	3	MO
humulin r	3	MO
humulin r u- 500 (concentrate d)	3	MO
lantus	3	MO
lantus	3	MO
solostar		
levemir	3	MO
levemir flexpen	3	MO
BLOOD PRODUCTS/MODIFIERS/VOLUME EXPANDERS		
ANTICOAGULANTS		
COUMADIN INJ	4	
ELIQUIS	3	PA QL(60/30)
ENOXAPAR IN SODIUM INJ 120MG/0.8 ML	5	QL(22.4/30)
ENOXAPAR IN SODIUM INJ 100MG/ML, 150MG/ML	5	QL(28/30)
ENOXAPAR IN SODIUM INJ	4	QL(8.4/30)

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
30MG/0.3M L		
ENOXAPAR IN SODIUM INJ 40MG/0.4M L	4	QL(11.2/30)
ENOXAPAR IN SODIUM INJ 60MG/0.6M L	4	QL(16.8/30)
ENOXAPAR IN SODIUM INJ 80MG/0.8M L	4	QL(22.4/30)
ENOXAPAR IN SODIUM INJ 300MG/3ML	4	QL(84/30)
fondaparinu x sodium inj 2.5mg/0.5ml	4	QL(7/30)
FONDAPAR INJ 5MG/0.4ML	5	QL(5.6/30)
FONDAPAR INJ 7.5MG/0.6M L		
FONDAPAR INJ 10MG/0.8M L	5	QL(11.2/30)
heparin sodium inj 10000unit/m l, 1000unit/ml,	4	

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
20000unit/ml, 2000unit/ml, 2500unit/ml, 5000unit/ml heparin sodium/d5w	4	
heparin sodium/nacl 0.9%	4	
heparin sodium/sodium chloride 0.9% premix	4	
jantoven	2	MO
PRADAXA CAPS 150MG	3	PA QL(60/30)
PRADAXA CAPS 75MG	3	PA QL(120/30)
warfarin sodium	1	MO
XARELTO TABS 10MG, 20MG	3	PA QL(30/30)
XARELTO TABS 15MG	3	PA QL(60/30)

BLOOD FORMATION MODIFIERS

anagrelide hydrochloride	2	MO
ARANESP ALBUMIN FREE INJ 25MCG/0.4 2ML, 25MCG/ML, 40MCG/0.4 ML, 40MCG/ML, 60MCG/0.3 ML, 60MCG/ML	4	PA

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
ARANESP ALBUMIN FREE INJ 100MCG/0.5ML, 100MCG/ML, 150MCG/0.3ML, 200MCG/0.4ML, 200MCG/ML, 300MCG/0.6ML, 300MCG/ML, 500MCG/ML	5	PA
LEUKINE	5	PA
MOZOBIL	5	B/D PA QL(9.6/30)
NEULASTA	5	PA
NEUMEGA	5	PA MO
NEUPOGEN INJ 300MCG/0.5ML, 480MCG/0.8ML, 480MCG/1.6ML	5	PA
PROCRIT INJ 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	5	PA
PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML	4	PA

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
4000UNIT/ML		
PROMACTA	5	PA QL(30/30)
COAGULANTS		
BRILINTA	3	QL(60/30) MO
tranexamic acid inj	2	PA
tranexamic acid tabs	2	
PLATELET MODIFYING AGENTS		
AGGRENOX	3	QL(60/30) MO
cilostazol	2	MO
clopidogrel tabs 300mg	2	QL(1/30) MO
clopidogrel tabs 75mg	2	QL(30/30) MO
CARDIOVASCULAR AGENTS		
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
clonidine hcl ptwk 0.1mg/24hr, 0.2mg/24hr	2	QL(4/28) MO
clonidine hcl ptwk 0.3mg/24hr	2	QL(8/28) MO
clonidine hcl tabs 0.3mg	2	MO
clonidine hcl tabs 0.1mg, 0.2mg	1	MO
methyl dopate hcl	2	PA
midodrine hcl	2	
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
DIBENZYLIDINE	3	
doxazosin mesylate tabs 1mg, 2mg, 4mg	1	QL(30/30) MO

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>doxazosin mesylate tabs 8mg</i>	1	QL(60/30) MO
<i>prazosin hcl</i>	1	MO
<i>terazosin hcl caps 1mg, 5mg</i>	1	QL(30/30) MO
<i>terazosin hcl caps 10mg, 2mg</i>	1	QL(60/30) MO

ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS

<i>BENICAR</i>	3	QL(30/30) ST MO
<i>BENICAR HCT</i>	3	QL(30/30) ST MO
<i>EDARBI</i>	3	QL(30/30) ST MO
<i>EDARBYCLOR</i>	3	QL(30/30) ST
<i>irbesartan</i>	1	MO
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>losartan potassium tabs 100mg</i>	1	QL(30/30) MO
<i>losartan potassium tabs 25mg, 50mg</i>	1	QL(60/30) MO
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 100mg, 25mg; 100mg</i>	1	QL(30/30) MO
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 50mg</i>	1	QL(60/30) MO
<i>valsartan/hy</i>	2	MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>drochlorothiazide</i>		
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS		

<i>benazepril hcl</i>	1	MO
<i>benazepril hcl/hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>captopril</i>	1	MO
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>enalapril maleate</i>	1	MO
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>fosinopril sodium</i>	2	MO
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>lisinopril</i>	1	MO
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>moexipril hcl</i>	2	MO
<i>moexipril/hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>quinapril hcl</i>	1	MO
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>ramipril</i>	1	MO
<i>trandolapril</i>	2	MO

ANTIARRHYTHMICS

<i>amiodarone hcl inj 50mg/ml</i>	4	
<i>amiodarone hcl tabs 200mg,</i>	2	MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>400mg</i>		
<i>flecainide acetate</i>	2	MO
<i>lidocaine hcl inj 10mg/ml</i>	4	
<i>mexiletine hcl</i>	2	MO
<i>MULTAQ</i>	3	QL(60/30) MO
<i>PACERON E TABS 100MG</i>	3	MO
<i>pacerone tabs 200mg</i>	2	MO
<i>propafenone hcl</i>	2	MO
<i>propafenone hcl er</i>	2	MO
<i>sorine</i>	2	MO
<i>sotalol hcl (af)</i>	2	MO
<i>sotalol hcl tabs 160mg, 240mg, 80mg</i>	2	MO
<i>TIKOSYN</i>	3	MO

BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS

<i>acebutolol hcl</i>	2	MO
<i>atenolol</i>	1	MO
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	1	MO
<i>betaxolol hcl</i>	2	MO
<i>bisoprolol fumarate</i>	2	MO
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>carvedilol</i>	1	MO
<i>COREG CR</i>	3	MO
<i>labetalol hcl inj</i>	4	
<i>labetalol hcl tabs</i>	2	MO

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
metoprolol succinate er	2	MO
metoprolol tartrate inj	4	
metoprolol tartrate tabs	1	MO
metoprolol/hydrochlorothiazide	2	MO
nadolol tabs 80mg	2	MO
nadolol tabs 20mg, 40mg	1	MO
nadolol/bendroflumethiazide	2	MO
pindolol	1	MO
propranolol hcl er	2	MO
propranolol hcl inj	4	
propranolol hcl oral soln	2	MO
propranolol hcl tabs 60mg	2	MO
propranolol hcl tabs 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	MO
propranolol/hydrochlorothiazide	2	MO
timolol maleate tabs	2	MO

CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS

afeditab cr	2	MO
amlodipine besylate	1	MO
amlodipine besylate/besylate	2	MO
amlodipine	2	MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
besylate/besylate		
nazepiril hydrochloride		
cartia xt	2	MO
dilt-cd cp24 120mg, 180mg, 300mg	2	MO
dilt-xr cp24 180mg, 240mg	2	MO
diltiazem cd	2	MO
diltiazem hcl er cp12	2	MO
diltiazem hcl er cp24 120mg, 180mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	MO
diltiazem hcl inj 100mg, 25mg/5ml, 50mg/10ml	4	
diltiazem hcl tabs	1	MO
diltzac	2	MO
EXFORGE	3	MO
EXFORGE HCT	3	MO
felodipine er	2	MO
isradipine	2	MO
matzim la tb24 240mg	2	MO
nicardipine hcl caps	2	MO
nicardipine hcl inj	4	
nifediac cc	2	MO
nifedical xl	2	MO
nifedipine er	2	MO
nimodipine	2	MO
nisoldipine	2	MO
nisoldipine	2	MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
er		
taztia xt	2	MO
verapamil hcl er	2	MO
verapamil hcl inj	4	
verapamil hcl tabs 120mg, 80mg	1	MO
verapamil hcl tabs 40mg	2	MO

CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER

AMTURNID E	3	ST MO
digoxin inj	4	PA
digoxin tabs 0.125mg	1	QL(30/30) MO
digoxin tabs 0.25mg	1	PA MO
LANOXIN PEDIATRIC	4	PA
pentoxifyllin er	2	MO
RANEXA TB12 1000MG	3	QL(60/30) ST MO
RANEXA TB12 500MG	3	QL(120/30) ST MO
TEKAMLO	3	ST MO
TEKTURNA HCT	3	ST MO
TEKTURNA	3	ST MO

DIURETICS, CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS

acetazolamide	2	MO
acetazolamide sodium	4	
dorzolamide hcl	2	MO

DIURETICS, LOOP

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>bumetanide inj</i>	4	
<i>bumetanide tabs 0.5mg, 1mg</i>	1	MO
<i>bumetanide tabs 2mg</i>	2	MO
EDECIN	3	MO
<i>furosemide inj</i>	4	
<i>furosemide oral soln</i>	2	MO
<i>furosemide tabs</i>	1	MO
SODIUM EDECIN	4	B/D PA
<i>toremide tabs</i>	2	MO
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
<i>amiloride hcl</i>	2	MO
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>spironolactone tabs 25mg</i>	1	MO
<i>spironolactone tabs 100mg, 50mg</i>	2	MO
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
DIURETICS, THIAZIDE		
<i>candesartan</i>	2	MO
<i>cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>chlorothiazide</i>	2	MO
<i>chlorothiazide sodium</i>	4	B/D PA

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide caps</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide tabs 25mg, 50mg</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide tabs 12.5mg</i>	2	MO
<i>indapamide</i>	1	MO
<i>metolazone</i>	2	MO
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES		
<i>fenofibrate caps</i>	2	
<i>fenofibrate micronized</i>	2	MO
<i>fenofibrate tabs</i>	2	MO
<i>gemfibrozil</i>	2	MO
LIPOFEN	3	
DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium</i>	2	QL(30/30) MO
CRESTOR	3	QL(30/30) MO
<i>fluvastatin caps 20mg</i>	2	QL(30/30) MO
<i>fluvastatin caps 40mg</i>	2	QL(60/30) MO
<i>lovastatin tabs 40mg</i>	2	QL(60/30) MO
<i>lovastatin tabs 10mg, 20mg</i>	1	QL(60/30) MO
<i>pravastatin sodium tabs 10mg, 20mg, 80mg</i>	1	QL(30/30) MO
<i>pravastatin sodium tabs 40mg</i>	1	QL(60/30) MO
<i>simvastatin</i>	1	QL(30/30)

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
		MO
DYSLIPIDEMICS, OTHER		
<i>cholestyramine</i>	2	MO
<i>cholestyramine light</i>	2	MO
<i>colestipol hcl</i>	2	MO
LOVAZA	3	QL(120/30)
NIASPAN	3	QL(60/30) MO
<i>prevalite</i>	2	MO
WELCHOL	3	MO
ZETIA	3	QL(30/30) MO
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
<i>hydralazine hcl inj</i>	4	
<i>hydralazine hcl tabs</i>	2	MO
<i>minoxidil tabs</i>	2	MO
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
<i>isosorbide dinitrate</i>	2	MO
<i>isosorbide dinitrate er</i>	2	MO
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	MO
<i>isosorbide mononitrate er</i>	2	MO
<i>minitran</i>	2	MO
<i>nitroglycerin inj</i>	4	
<i>nitroglycerin lingual translingual soln</i>	2	
<i>nitroglycerin pt24</i>	2	MO
<i>nitroglycerin transdermal</i>	2	MO

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
pt24 0.1mg/hr		
NITROSTA	3	MO
T		

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES

amphetamin e/dextroamp hetamine cp24	2	QL(60/30) MO
amphetamin e/dextroamp hetamine tabs	2	QL(90/30) MO
dextroamph etamine sulfate er cp24 10mg, 5mg	2	QL(90/30) MO
dextroamph etamine sulfate er cp24 15mg	2	QL(120/30) MO
dextroamph etamine sulfate tabs 5mg	2	QL(90/30) MO
dextroamph etamine sulfate tabs 10mg	2	QL(180/30) MO

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES

dexmethylp henidate hcl	2	QL(60/30) MO
KAPVAY	3	
metadate er	2	QL(90/30) MO
methylpheni date hcl	2	QL(90/30) MO
methylpheni	2	QL(60/30)

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
date hcl er tbc 10mg		MO
methylpheni date hcl er tbc 20mg	2	QL(90/30) MO
methylpheni date hcl sr	2	QL(90/30) MO
STRATTER	3	MO

A

CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER

NUDEXTA	3	PA
RILUTEK	5	
riluzole	4	
XENAZINE TABS 12.5MG	5	PA QL(90/30)
XENAZINE TABS 25MG	5	PA QL(120/30)

MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS

AMPYRA	5	PA QL(60/30)
AVONEX PEN	5	PA QL(4/28)
COPAXON	5	PA QL(30/30)

DENTAL AND ORAL AGENTS

DENTAL AND ORAL AGENTS

chlorhexidin e gluconate oral rinse	1	
perio gard	1	
pilocarpine hcl tabs	2	MO
pilocarpine hydrochlorid e	2	MO
triamcinolon e in orabase	2	

DERMATOLOGICAL AGENTS

DERMATOLOGICAL AGENTS

absorica caps 10mg, 20mg	2	
--------------------------------	---	--

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
ammonium lactate	2	
amnesteem	2	
calcipotrien e crea	2	
calcipotrien e external soln	2	
calcipotrien e oint	2	QL(120/30)
CARAC	3	
claravis	2	
clindamycin phosphate external soln	2	
clindamycin phosphate gel	2	
clindamycin phosphate lotn	2	
clindamycin phosphate swab	2	
curity gauze pads 2"x2"	2	
ELIDEL	3	
erythromyci n/benzoyl peroxide	2	
FLUOROPL EX	3	
fluorouracil crea	2	MO
fluorouracil external soln	2	MO
imiquimod	2	
laclotion	2	
OXSORALE N ULTRA	3	
podofilox	2	
PROTOPIC	3	
PRUDOXIN	3	
REGRANE	3	PA

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
X		
SANTYL	3	
<i>selenium sulfide lotn</i>	1	
SORIATAN E	5	PA
<i>sulfacetamide sodium susp</i>	2	
TAZORAC CREA	3	QL(120/30)
TAZORAC GEL	3	QL(100/30)
<i>tretinoin crea</i>	2	PA QL(45/30) MO
<i>tretinoin gel</i>	2	PA QL(45/30) MO
<i>tretinoin microsphere</i>	2	PA QL(45/30) MO
UVADEX	4	
VECTICAL	3	
VOLTAREN	3	QL(1000/30) ST
ZONALON	3	
ZYCLARA	3	

ENZYME REPLACEMENT/MODIFIERS

ENZYME REPLACEMENT/MODIFIERS

ADAGEN	5	PA MO
ALDURAZY ME	5	PA
BUPHENYL	5	MO
CARBAGLU	5	
CEREZYME	5	B/D PA
CREON	3	MO
CPEP		
120000UNIT;		
T;		
24000UNIT;		
76000UNIT;		
15000UNIT;		
3000UNIT;		

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
9500UNIT;		
30000UNIT;		
6000UNIT;		
19000UNIT;		
60000UNIT;		
12000UNIT;		
38000UNIT		
CYSTADAN E	5	
CYSTAGO N	3	
ELAPRASE E	5	PA
FABRAZYM E	5	B/D PA
KUVAN	5	PA
LUMIZYME	5	PA
NAGLAZYM E	5	PA
ORFADIN	5	MO
<i>pancrelipase</i>	2	
VPRIV	5	PA
ZAVESCA	5	
ZENPEP	3	

GASTROINTESTINAL AGENTS

ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL

<i>atropine sulfate inj 0.05mg/ml, 0.1mg/ml</i>	4	
<i>dicyclomine hcl caps</i>	1	
<i>dicyclomine hcl oral soln</i>	2	
<i>dicyclomine hcl tabs</i>	1	
<i>glycopyrrolate inj 4mg/20ml</i>	4	
<i>glycopyrrolate tabs</i>	2	
<i>methscopolamine bromide</i>	2	
<i>propanthelin</i>	2	

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>e bromide</i>		
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER		
<i>cromolyn sodium conc</i>	2	MO
<i>diphenoxylate/atropine</i>	2	
<i>lofene</i>	2	
<i>lonox</i>	2	
<i>loperamide hcl caps</i>	2	
<i>metoclopramide hcl inj</i>	4	
<i>metoclopramide hcl oral soln</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl tabs 10mg</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl tabs 5mg</i>	2	MO
OSMOPRE	3	

P		
RELISTOR INJ 12MG/0.6M L	4	PA QL(18/30)
RELISTOR INJ 12MG/0.6M L	4	PA QL(28/28)
<i>ursodiol</i>	2	MO

HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS

<i>cimetidine</i>	2	MO
<i>cimetidine hcl inj</i>	4	
<i>cimetidine hcl oral soln</i>	2	MO
<i>famotidine inj</i>	4	
<i>famotidine premixed</i>	4	
<i>famotidine</i>	2	MO

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>tabs 40mg</i>		
<i>famotidine</i>	1	MO
<i>tabs 20mg</i>		
<i>nizatidine</i>	2	MO
<i>caps</i>		
<i>ranitidine</i>	2	MO
<i>hcl caps</i>		
<i>ranitidine</i>	4	
<i>hcl inj</i>		
<i>150mg/6ml</i>		
<i>ranitidine</i>	2	MO
<i>hcl syrp</i>		
<i>ranitidine</i>	1	MO
<i>hcl tabs</i>		
<i>150mg,</i>		
<i>300mg</i>		

IRRITABLE BOWEL SYNDROME AGENTS

AMITIZA	3	QL(60/30) MO
LOTRONEX	5	QL(60/30) MO

LAXATIVES

<i>constulose</i>	1	MO
<i>enulose</i>	1	MO
<i>generlac</i>	2	MO
<i>lactulose</i>	2	MO
MOVIPREP	3	
<i>peg</i>	2	
<i>3350/electrolytes</i>		
<i>polyethylene glycol</i>	2	
<i>3350 powd</i>		
RELISTOR	4	PA
INJ		QL(12/30)
8MG/0.4ML		
<i>trilyte</i>	2	

PROTECTANTS

CARAFATE	3	MO
SUSP		
<i>misoprostol</i>	2	MO
<i>sucralfate</i>	2	MO
<i>tabs</i>		

PROTON PUMP INHIBITORS

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
DEXILANT	3	QL(30/30) MO
<i>lansoprazole</i>	2	QL(30/30) MO
NEXIUM	3	QL(30/30) MO
NEXIUM	4	MO
<i>I.V.</i>		
<i>omeprazole</i>	2	QL(30/30) MO
<i>cpdr 40mg</i>		
<i>omeprazole</i>	2	QL(60/30) MO
<i>cpdr 10mg,</i>		
<i>20mg</i>		
<i>pantoprazole</i>	2	QL(30/30) MO
<i>sodium</i>		
<i>tbec</i>		

GENITOURINARY AGENTS

ANTISPASMODICS, URINARY

<i>flavoxate hcl</i>	2	MO
<i>oxybutynin</i>	2	QL(30/30) MO
<i>chloride er</i>		
<i>tb24 5mg</i>		
<i>oxybutynin</i>	2	QL(60/30) MO
<i>chloride er</i>		
<i>tb24 10mg,</i>		
<i>15mg</i>		
<i>oxybutynin</i>	1	MO
<i>chloride</i>		
<i>tabs</i>		
<i>tolterodine</i>	1	
<i>tartrate</i>		
VESICARE	3	QL(30/30) MO

BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS

AVODART	3	MO
<i>finasteride</i>	2	QL(30/30) MO
<i>tabs 5mg</i>		
JALYN	3	MO
RAPAFLO	3	QL(30/30) MO
<i>tamsulosin</i>	2	MO
<i>hcl</i>		

GENITOURINARY AGENTS, OTHER

<i>bethanechol</i>	2	
--------------------	---	--

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>chloride</i>		
ELMIRON	3	

PHOSPHATE BINDERS

FOSRENOL	3	QL(150/30) ST MO
<i>CHEW</i>		
<i>1000MG</i>		
FOSRENOL	3	QL(180/30) ST MO
<i>CHEW</i>		
<i>750MG</i>		
FOSRENOL	3	QL(270/30) ST MO
<i>CHEW</i>		
<i>500MG</i>		
RENVELA	3	QL(180/30) MO
<i>PACK</i>		
RENVELA	3	QL(540/30) MO
<i>TABS</i>		

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

GLUCOCORTICOID/MINERALOCORTICOID

<i>a-hydrocort</i>	4	
<i>a-</i>	4	
<i>methapred</i>		
<i>inj 40mg</i>		
ALA SCALP	3	
<i>alclometasone</i>	2	
<i>dipropionate</i>		
<i>amcinonide</i>	2	
<i>augmented</i>	2	
<i>betamethasone</i>		
<i>dipropionate</i>		
<i>betamethasone</i>	2	
<i>dipropionate</i>		
<i>betamethasone</i>	2	
<i>one valerate</i>		
CELESTON	3	
<i>E</i>		
<i>clobetasol</i>	2	
<i>propionate</i>		
<i>crea</i>		
<i>clobetasol</i>	2	

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>propionate e</i>		
<i>clobetasol propionate external soln</i>	2	
<i>clobetasol propionate foam</i>	2	
<i>clobetasol propionate gel</i>	2	
<i>clobetasol propionate oint</i>	2	
<i>clotrimazole /betamethasone dipropionate cortisone acetate</i>	2	
DEPO-MEDROL INJ 20MG/ML	4	
<i>desonide lotn</i>	2	
<i>desonide oint</i>	2	
<i>desoximetasone crea</i>	2	
<i>desoximetasone gel</i>	2	
<i>desoximetasone oint 0.25%</i>	2	
<i>dexamethasone elix</i>	2	
DEXAMETHASONE INTENSOL	3	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj</i>	4	
<i>dexamethasone tabs</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>0.5mg, 0.75mg, 4mg</i>		
<i>dexamethasone tabs 1.5mg, 1mg, 2mg, 6mg</i>	2	
<i>diflorasone diacetate</i>	2	
<i>fludrocortisone acetate</i>	2	MO
<i>fluocinolone acetonide crea</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide external soln</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide oint</i>	2	
<i>fluocinonide</i>	2	
<i>fluocinonide -e</i>	2	
<i>fluticasone propionate crea</i>	2	
<i>fluticasone propionate oint</i>	2	
<i>halobetasol propionate hydrocortisone butyrate</i>	2	
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone lotn</i>	2	
<i>hydrocortisone lotn</i>	2	
<i>hydrocortisone oint 1%,</i>	2	

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>2.5%</i>		
<i>hydrocortisone tabs</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate</i>	2	
MEDROL TABS 2MG	3	
<i>methylprednisolone</i>	2	
<i>methylprednisolone acetate</i>	4	
<i>methylprednisolone dose pack</i>	2	
<i>methylprednisolone sodiumsuccinate inj 125mg, 1gm, 40mg</i>	4	
<i>mometasone furoate crea</i>	2	
<i>mometasone furoate external soln</i>	2	
<i>mometasone furoate oint</i>	2	
<i>prednicarbate</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 15mg/5ml, 5mg/5ml</i>	2	MO
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE ORAL SOLN 25MG/5ML	2	MO

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
PREDNISO NE INTENSOL	3	
<i>prednisone oral soln</i>	2	
<i>prednisone tabs 50mg</i>	2	
<i>prednisone tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>procto-pak</i>	2	
<i>proctocream hc</i>	2	
<i>proctosol hc</i>	2	
<i>proctozone- hc</i>	2	
SOLU- CORTEF INJ 250MG	4	
TEXACORT	3	
<i>triamcinolon e acetonide crea</i>	2	
<i>triamcinolon e acetonide lotn</i>	2	
<i>triamcinolon e acetonide oint</i>	2	
<i>triderm</i>	1	
<i>u-cort</i>	2	
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODI FYING (PITUITARY)		
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODI FYING (PITUITARY)		
<i>chorionic gonadotropi n</i>	4	PA
<i>desmopress in acetate inj</i>	4	
<i>desmopress in acetate</i>	2	MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>nasal soln</i>		
<i>desmopress in acetate tabs</i>	2	MO
INCRELEX	4	PA
<i>novarel</i>	4	PA
<i>pregnyl w/diluent</i>	4	PA
<i>benzyl alcohol/nacl</i>		
SAIZEN	5	PA
CLICK.EAS Y		
SAIZEN INJ 5MG	5	PA
STIMATE	3	MO
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODI FYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
ANABOLIC STEROIDS		
ANADROL- 50	5	PA
<i>oxandrolone tabs 10mg</i>	2	PA QL(60/30)
<i>oxandrolone tabs 2.5mg</i>	2	PA QL(120/30)
ANDROGENS		
ANDROGE L GEL 25MG/2.5G M, 50MG/5GM	3	PA MO
ANDROGE L PUMP GEL 1.62%	3	PA
ANDROGE L PUMP GEL 1%	3	PA MO
ANDROXY <i>danazol</i>	3 2	PA
TESTIM	3	PA MO
<i>testosterone cypionate</i>	4	PA
<i>testosterone</i>	4	PA

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>enanthate</i>		
ESTROGENS		
ALORA	3	PA
<i>apri</i>	2	MO
<i>aranelle</i>	2	MO
<i>aviane</i>	2	MO
<i>balziva</i>	2	MO
<i>briellyn</i>	2	
<i>cryselle-28</i>	2	MO
DEPO- ESTRADIO L	4	
<i>enpresse-28</i>	2	MO
<i>estradiol ptwk</i>	2	PA QL(8/28) MO
<i>estradiol tabs</i>	2	PA MO
<i>estradiol valerate</i>	4	
<i>estradiol/nor ethindrone acetate</i>	2	PA MO
ESTRING	3	QL(1/90) MO
FEMRING	3	MO
<i>junel 1.5/30</i>	2	MO
<i>junel 1/20</i>	2	MO
<i>junel fe 1.5/30</i>	2	MO
<i>junel fe 1/20</i>	2	MO
<i>kariva</i>	2	MO
<i>kelnor 1/35</i>	2	MO
<i>lessina</i>	2	MO
<i>levora 0.15/30-28</i>	2	MO
<i>low-ogestrel luter</i>	2	MO
MAKENA	5	B/D PA
MENOSTA R	3	PA
<i>microgestin 1.5/30</i>	2	MO
<i>microgestin 1/20</i>	2	MO
<i>microgestin</i>	2	MO

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>fe</i>		
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	2	MO
MIMVEY	3	PA
<i>necon 0.5/35-28</i>	2	MO
<i>necon 1/35 10/11-28</i>	2	MO
<i>necon 2/35 10/11-28</i>	2	MO
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	MO
<i>nortrel 1/35</i>	2	MO
<i>nortrel 7/7/7</i>	2	MO
<i>ogestrel</i>	2	MO
<i>orsythia</i>	2	MO
<i>portia-28</i>	2	MO
PREMARIN CREA	3	MO
PREMARIN INJ	4	MO
PREMARIN TABS	3	PA QL(30/30) MO
<i>previfem</i>	2	MO
<i>quasense</i>	2	MO
<i>reclipsen</i>	2	MO
<i>sprintec 28</i>	2	MO
<i>sronyx</i>	2	MO
<i>tri-legest fe</i>	2	MO
<i>tri-previfem</i>	2	MO
<i>tri-sprintec</i>	2	MO
<i>trivora-28</i>	2	MO
<i>velivet</i>	2	MO
VIVELLE-DOT	3	PA
<i>zovia 1/35e</i>	2	MO
<i>zovia 1/50e</i>	2	MO
PROGESTINS		
<i>camila</i>	2	MO
DEPO-PROVERA	4	
<i>errin</i>	2	MO
<i>medroxyprogesterone acetate inj</i>	4	QL(1/90)
<i>medroxypro</i>	1	MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>gesterone acetate tabs</i>		
<i>megestrol acetate susp</i>	2	PA
<i>megestrol acetate tabs 40mg</i>	2	PA
<i>megestrol acetate tabs 20mg</i>	1	PA
<i>nora-be</i>	2	MO
<i>norethindrone acetate</i>	2	MO
<i>progesterone caps</i>	2	MO
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
EVISTA	3	QL(30/30) MO
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
LEVOTHROID	3	MO
<i>levothyroxine sodium tabs</i>	1	MO
LEVOXYL	3	MO
<i>liothyronine sodium inj</i>	4	
<i>liothyronine sodium tabs</i>	2	MO
SYNTHROID	3	MO
THYROLAR -1	3	MO
THYROLAR -1/2	3	MO
THYROLAR -1/4	3	MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
-2		
THYROLAR	3	MO
-3		
UNITHROID	3	MO
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL)		
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL)		
LYSODREN	3	
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PARATHYROID)		
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PARATHYROID)		
SENSIPAR TABS 30MG	3	QL(360/30) MO
SENSIPAR TABS 90MG	5	QL(120/30) MO
SENSIPAR TABS 60MG	5	QL(180/30) MO
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY)		
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY)		
<i>cabergoline</i>	2	
ELIGARD INJ 30MG	4	PA QL(1/120)
ELIGARD INJ 45MG	4	PA QL(1/180)
ELIGARD INJ 7.5MG	4	PA QL(1/30)
ELIGARD INJ 22.5MG	4	PA QL(1/90)
<i>firmagon inj 80mg</i>	4	B/D PA QL(2/28)
<i>firmagon inj 120mg</i>	4	B/D PA QL(2/365)
<i>leuprolide acetate</i>	4	PA QL(30/30)
LUPRON DEPOT	5	PA QL(1/30)
LUPRON DEPOT-	5	PA QL(1/30)

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
PED INJ 11.25MG, 15MG		
LUPRON DEPOT- PED INJ 11.25MG, 30MG	4	PA QL(1/30)
OCTREOTI DE ACETATE INJ 100MCG/M L, 200MCG/M L, 50MCG/ML	4	PA
OCTREOTI DE ACETATE INJ 1000MCG/ ML, 500MCG/M L	5	PA
SANDOSTA TIN LAR DEPOT	5	PA
SOMATULI NE DEPOT	5	PA
SOMAVER T INJ 15MG, 20MG	5	PA QL(60/30)
SOMAVER T INJ 10MG	5	PA QL(90/30)
SYNAREL	5	PA MO
TRELSTAR DEPOT MIXJECT	5	PA QL(1/28)
TRELSTAR LA MIXJECT	5	PA QL(1/84)
TRELSTAR MIXJECT	5	PA QL(1/168)
HORMONAL AGENTS,		

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
SUPPRESSANT (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
ANTIANDROGENS		
<i>bicalutamid e</i>	2	
<i>flutamide</i>	2	
NILANDRO N	3	
XTANDI	5	PA QL(120/30)
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)		
ANTITHYROID AGENTS		
<i>methimazol e</i>	2	MO
<i>propylthiour acil</i>	2	MO
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
IMMUNE SUPPRESSANTS		
AZASAN	3	B/D PA MO
<i>azathioprine</i>	2	MO
<i>azathioprine sodium</i>	4	
CELLCEPT INTRAVEN OUS	4	B/D PA
CELLCEPT SUSR	3	B/D PA
<i>cyclosporine caps</i>	2	B/D PA
<i>cyclosporine inj</i>	4	B/D PA
<i>cyclosporine modified</i>	2	B/D PA
ENBREL	5	PA QL(8/28)
ENBREL SURECLIC K	5	PA QL(8/28)
<i>gengraf</i>	2	B/D PA
HUMIRA INJ 20MG/0.4M L	5	PA QL(2/28)
HUMIRA	5	PA

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
INJ 40MG/0.8M L		QL(4/28)
HUMIRA PEN	5	PA QL(4/28)
HUMIRA PEN- CROHNS DISEASES TARTER	5	PA QL(6/28)
<i>methotrexat e</i>	2	
<i>methotrexat e sodium</i>	4	
<i>mycophenol ate mofetil</i>	2	B/D PA
MYFORTIC	3	B/D PA
NULOJIX	5	PA MO
PROGRAF INJ	4	B/D PA
RAPAMUN E	3	B/D PA
REMICADE	5	PA
<i>tacrolimus</i>	2	B/D PA
TORISEL	3	B/D PA
ZORTRESS TABS 0.25MG	4	B/D PA
ZORTRESS TABS 0.5MG, 0.75MG	5	B/D PA
IMMUNIZING AGENTS, PASSIVE		
ATGAM	4	B/D PA
<i>gamastan s/d</i>	4	B/D PA
GAMMAGA RD LIQUID	5	B/D PA
GAMUNEX- C INJ 10GM/100M L, 2.5GM/25M L, 20GM/200M L,	5	B/D PA

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
5GM/50ML		
GAMUNEX-C INJ	4	B/D PA
1GM/10ML		
THYMOGL OBULIN	3	B/D PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE	5	PA
ARCALYST	5	PA
AVONEX	5	PA QL(4/28)
ILARIS	5	PA
<i>leflunomide</i>	2	QL(30/30) MO
PROVENG E	5	B/D PA
REBIF	5	PA QL(6/28)
REBIF TITRATION PACK	5	PA QL(4.2/28)
RIDAURA	3	MO
SIMULECT	5	B/D PA
SYNAGIS INJ	5	PA
50MG/0.5ML		
TYSABRI	5	PA
VACCINES		
ACTHIB	4	
ADACEL	4	
BOOSTRIX	4	
CERVARIX	4	
COMVAX	4	
DAPTACEL	4	
<i>decavac</i>	4	
ENGERIX-B	4	B/D PA
GARDASIL	4	
HAVRIX	4	
IMOVAX	4	
RABIES (H.D.C.V.)		
INFANRIX	4	
IPOL	4	
INACTIVAT		

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
ED IPV		
IXIARO	4	
JE-VAX	4	
M-M-R II	4	
W/DILUENT 10 DOSE		
MENACTR A	4	
MENOMUN	4	
E-A/C/Y/W-135		
MENVEO	4	
PEDVAX	4	
HIB		
PROQUAD	4	
RABAVERT	4	
RECOMBIV AX HB INJ	4	B/D PA
10MCG/ML, 40MCG/ML		
ROTATEQ	3	
<i>tetanus toxoid adsorbed tetanus/diphtheria toxoids-adsorbed adult</i>	4	
TWINRIX	4	
TYPHIM VI	4	
VAQTA	4	
VARIVAX	4	
<i>yf-vax</i>	4	
ZOSTAVAX	4	
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS		
AMINOSALICYLATES		
APRISO	3	MO
<i>balsalazide disodium</i>	2	MO
DELZICOL	3	MO
<i>mesalamine enem</i>	2	
<i>mesalamine kit</i>	2	MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
GLUCOCORTICOIDS		
<i>budesonide cp24</i>	2	
<i>colocort</i>	2	
<i>methylprednisolone</i>	2	
SOLU-CORTEF INJ	4	
1000MG, 500MG		
SULFONAMIDES		
<i>sulfasalazine e tabs</i>	2	MO
<i>sulfazine</i>	2	MO
<i>sulfazine ec</i>	2	MO
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
ACTONEL TABS	3	QL(1/28) MO
150MG		
ACTONEL TABS	3	QL(4/28) MO
35MG		
ACTONEL TABS	3	QL(30/30) MO
30MG, 5MG		
<i>alendronate sodium tabs 35mg, 70mg</i>	1	QL(4/28) MO
<i>alendronate sodium tabs 10mg, 40mg, 5mg</i>	2	QL(30/30) MO
ATELVIA	3	QL(4/28) MO
<i>calcitonin-salmon</i>	2	QL(3.7/30) MO
<i>calcitriol caps</i>	2	B/D PA MO
<i>calcitriol inj</i>	4	B/D PA
<i>calcitriol oral soln</i>	2	B/D PA MO

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>etidronate disodium</i>	2	
FORTEO	5	PA QL(2.4/28)
HECTOROL CAPS	3	B/D PA MO
HECTOROL INJ	4	B/D PA
<i>ibandronate sodium</i>	2	QL(1/28)
MIACALCIN INJ	4	
<i>pamidronate disodium inj</i> 30mg/10ml, 6mg/ml, 90mg/10ml	4	MO
PROLIA	4	QL(1/180) ST
RECLAST	4	B/D PA
XGEVA	5	PA
ZEMPLAR CAPS	3	B/D PA
<i>zoledronic acid inj</i> 5mg/100ml	4	B/D PA
<i>zoledronic acid inj</i> 4mg/5ml	5	B/D PA
ZOMETA INJ 4MG/5ML	5	B/D PA
ZOMETA INJ 4MG/100ML	4	B/D PA

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

AEROCHA MBER MAX VALVED HOLDING CHAMBER W/COMFO RTSEAL	3	QL(1/365)
--	---	-----------

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
MASK		
AEROCHA MBER PLUS FLOW-VU	3	QL(1/365)
AEROCHA MBER PLUS FLOW-VU/LARGE MASK	3	QL(1/365)
AEROCHA MBER PLUS FLOW-VU/MASK	3	QL(1/365)
AEROCHA MBER PLUS FLOW-VU/SMALL MASK	3	QL(1/365)
AEROCHA MBER Z- STAT PLUS/MEDI UM MASK	3	QL(1/365)
<i>aurora pen needles</i> 31g x 8mm	2	QL(200/30) MO
<i>bd insulin syringe safetyglide/</i> 1ml/29g x 1/2"	2	
<i>bd insulin syringe ultrafine/0.3 ml/31g x 5/16"</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultrafine/0.5 ml/30g x 1/2"</i>	2	
<i>bd insulin</i>	2	

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>syringe ultrafine/1ml /31g x 5/16"</i>		
<i>bd insulin syringe ultrafine/u- 100/0.3ml/3 1g x 15/64"</i>	2	QL(200/30)
<i>bd insulin syringe ultrafine/u- 100/0.5ml/3 1g x 15/64"</i>	2	QL(200/30)
<i>bd insulin syringe ultrafine/u- 100/1ml/31g x 15/64"</i>	2	QL(200/30)
<i>bd needle/30g x 1/2"</i>	2	QL(200/30) MO
<i>bd pen needle/mini/ ultrafine/31g x 3/16"</i>	2	QL(200/30) MO
<i>bd pen needle/nano /ultra fine/32g x 4mm</i>	2	QL(200/30) MO
<i>bd pen needle/ultraf ine/29g x 12.7mm</i>	2	
<i>fomepizole</i>	5	
<i>h-e-b incontrol pen needles 29gx12mm</i>	2	QL(200/30) MO
INTRALIPID INJ 1.7%; 30%	4	B/D PA
<i>intralipid inj</i> 2.25%; 20%	4	B/D PA
<i>kmart valu plus insulin</i>	3	QL(200/30) MO

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
syringe/0.5 ml/29g		
lactated ringers irrigation	4	
levocarnitin e inj	4	B/D PA
levocarnitin e oral soln	2	B/D PA MO
levocarnitin e tabs	2	MO
liposyn iii inj 1.8%; 2.5%; 30%	4	B/D PA
monoject insulin syringe/detach needle/1ml/27g x 1/2"	2	QL(200/30) MO
monoject insulin syringe/safety/perm needle/0.3ml/29g x 1/2"	2	QL(200/30) MO
monoject insulin syringe/u-100/0.5ml/30g x 5/16"	2	QL(200/30) MO
monoject insulin syringe/u-100/1ml/30g x 5/16" misc null	2	QL(200/30) MO
novofine 30gx8mm	3	QL(200/30) MO
novofine 31	2	QL(200/30) MO
novofine 32gx6mm	2	QL(200/30) MO
novofine autocover 30gx8mm	2	QL(200/30)

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
novotwist 30gx8mm	2	QL(200/30)
novotwist 32gx5mm	2	QL(200/30)
physiolyte	4	
physiosol irrigation	4	
ringers irrigation	4	
sodium chloride 0.9%	4	
sterile water irrigation	4	
tis-u-sol	4	
ulticare insulin syringe/u-100/0.3ml/30g x 1/2"	2	QL(200/30) MO
ulticare insulin syringe/u-100/0.5ml/30g x 5/16"	2	QL(200/30) MO
ulticare insulin syringe/u-100/1ml/30g x 1/2"	2	QL(200/30) MO
VORAXAZE	5	B/D PA
OPHTHALMIC AGENTS		
OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS		
latanoprost	2	QL(5/30)
LUMIGAN	3	QL(5/30) MO
TRAVATAN Z	3	QL(5/30) MO
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		
LACRISER T	3	
mydral	2	
naphazoline hcl	2	

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
parcaine	2	
proparacain e hcl	2	
RESTASIS	3	QL(64/30) MO
tropicamide	2	
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
ALOCRIL	3	
azelastine hcl ophthalmic soln	2	
cromolyn sodium ophthalmic soln	2	
epinastine hcl	2	
PATADAY	3	
PATANOL	3	
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
bromfenac	2	
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic soln	2	
diclofenac sodium	2	MO
DUREZOL	3	
fluorometholone	2	
flurbiprofen sodium	2	MO
ketorolac tromethamine ophthalmic soln	2	
neomycin/polydex	2	
olymyxin/dexamethasone	2	

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
PRED MILD	3	
PRED-G	3	
PRED-G S.O.P.	3	
<i>prednisolon e acetate</i>	2	
<i>prednisolon e sodium phosphate ophthalmic soln</i>	1	
TOBRADEX OINT	3	
<i>tobramycin/ dexamethas one</i>	2	
OPHTHALMIC ANTIGLAUCOMA AGENTS		
<i>acetazolami de er</i>	2	MO
<i>apraclonidin e</i>	2	MO
AZOPT	3	
<i>betaxolol hcl</i>	2	MO
<i>brimonidine tartrate ophthalmic soln 0.2%</i>	2	MO
<i>carteolol hcl</i>	2	MO
COMBIGAN	3	MO
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	MO
<i>levobunolol hcl ophthalmic soln 0.5%</i>	1	MO
<i>levobunolol hcl ophthalmic soln 0.25%</i>	2	MO
<i>methazolam ide</i>	2	MO
<i>metipranolol</i>	2	MO
PILOCARPI NE HCL	3	

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
OPHTHALM IC SOLN		
PILOPINE HS	3	MO
<i>timolol maleate ophthalmic soln</i>	1	MO
OTIC AGENTS		
OTIC AGENTS		
<i>acetazol hcl</i>	2	
<i>acetic acid otic soln</i>	2	
CORTISPO RIN-TC	3	
<i>hydrocortiso ne/acetate acid</i>	2	
<i>neomycin/p olyxymyxin/hcl</i>	2	
<i>neomycin/p olyxymyxin/hy drocortisone</i>	2	
RESPIRATORY TRACT AGENTS		
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
ADVAIR DISKUS	3	QL(60/30) MO
ADVAIR HFA	3	QL(24/30) MO
<i>budesonide susp</i>	2	B/D PA QL(120/30)
DULERA	3	QL(13/30)
FLOVENT DISKUS	3	QL(120/30) MO
AEPB 250MCG/BL IST, 50MCG/BLI ST		
FLOVENT DISKUS	3	QL(180/30) MO
AEPB 100MCG/BL IST		

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
FLOVENT HFA AERO 44MCG/AC T	3	QL(22/30) MO
FLOVENT HFA AERO 110MCG/A CT, 220MCG/A CT	3	QL(24/30) MO
<i>flunisolide nasal soln 29mcg/act</i>	2	QL(75/30)
<i>fluticasone propionate susp</i>	2	QL(16/30)
NASONEX	3	QL(34/30)
QVAR	3	QL(18/30) MO
SYMBICOR T AERO 160MCG/A CT; 4.5MCG/AC T	3	QL(11/30) MO
SYMBICOR T AERO 80MCG/AC T; 4.5MCG/AC T	3	QL(14/30) MO
ANTIHISTAMINES		
<i>azelastine hcl nasal soln</i>	2	QL(60/30)
<i>cyproheptad ine hcl</i>	1	
<i>desloratadin e</i>	2	QL(30/30)
<i>desloratadin e odt</i>	2	QL(30/30)
<i>levocetirizin e dihydrochlor ide oral soln</i>	2	QL(300/30)
<i>levocetirizin</i>	2	QL(30/30)

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
e		
dihydrochloride tabs		
phenadoz	2	PA
promethazine hcl inj	4	PA
promethazine hcl supp	2	PA
promethazine hcl syrup	2	PA
promethazine hcl tabs 12.5mg, 50mg		
promethazine hcl tabs 25mg	1	PA
promethazine n supp 25mg, 50mg	2	PA
ANTILEUKOTRIENES		
montelukast sodium	2	QL(30/30) MO
zafirlukast	2	MO
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC		
ATROVENT HFA	3	QL(26/30) MO
COMBIVENT	3	QL(8/30) MO
RESPIMAT		
ipratropium bromide inhalation soln	2	B/D PA QL(300/30) MO
ipratropium bromide nasal soln 0.06%	2	QL(30/30) MO
ipratropium bromide nasal soln 0.03%	2	QL(60/30) MO
ipratropium bromide/albuterol	2	B/D PA QL(540/30) MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
sulfate		
SPIRIVA	3	QL(30/30)
HANDIHALER		MO
BRONCHODILATORS, PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS (XANTHINES)		
aminophylline	4	
THEO-24	3	MO
theochron	2	MO
theophylline cr	2	MO
theophylline er tb12 200mg	2	
theophylline er tb12 300mg, 450mg	2	MO
theophylline er tb24	2	MO
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC		
albuterol sulfate er	2	MO
albuterol sulfate nebu 0.5%	1	B/D PA QL(360/30) MO
albuterol sulfate nebu 0.083%	1	B/D PA QL(375/30) MO
albuterol sulfate nebu 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml	2	B/D PA QL(375/30) MO
albuterol sulfate syrup	1	MO
albuterol sulfate tabs	1	MO
epinephrine hcl	4	
EIPEN-JR 2-PAK	3	QL(2/30)
FORADIL	3	QL(60/30)
AEROLIZE		MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
R		
metaproterenol sulfate	2	MO
PERFORO	3	B/D PA
MIST		QL(120/30)
PROAIR HFA	3	QL(17/30) MO
SEREVENT DISKUS	3	QL(60/30) MO
terbutaline sulfate inj	4	
terbutaline sulfate tabs	2	MO
MAST CELL STABILIZERS		
cromolyn sodium nebu	2	B/D PA MO
PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES		
LETAIRIS	5	PA QL(30/30)
REMODULIN	5	B/D PA
SILDENAFIL CITRATE	3	PA QL(90/30)
TRACLEER	5	PA QL(60/30)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
acetylcysteine inhalation soln	2	B/D PA
DALIRESP	3	PA QL(30/30) MO
PROLASTIN-C	5	B/D PA MO
promethazine vc	2	PA
PULMOZYME	5	B/D PA
TYZINE	3	
TYZINE PEDIATRIC	3	

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
NASAL DROPS		
XOLAIR	5	PA
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
<i>chlorzoxazone</i>	2	PA MO
<i>orphenadrine citrate er</i>	2	PA
SLEEP DISORDER AGENTS		
GABA RECEPTOR MODULATORS		
<i>temazepam</i>	2	QL(90/365) MO
<i>zaleplon</i>	2	QL(90/365)
<i>zolpidem tartrate</i>	2	PA QL(90/365)
SLEEP DISORDERS, OTHER		
MODAFINIL TABS 100MG	4	PA QL(30/30) MO
MODAFINIL TABS 200MG	5	PA QL(60/30) MO
<i>phenobarbital</i>	2	MO
ROZEREM	3	QL(30/30)
XYREM	5	PA QL(540/30)
THERAPEUTIC NUTRIENTS/MINERALS/ELECTROLYTES		
ELECTROLYTES/MINERALS		
<i>calcium acetate caps</i>	2	MO
<i>lactated ringers dextrose 5% viaflex</i>	4	
<i>potassium chloride er cpcr</i>	2	MO
THERAPEUTIC NUTRIENTS/MINERALS/ELECTROLYTES		

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
ELECTROLYTE/MINERAL MODIFIERS		
CHEMET	3	
CUPRIMIN E	3	
DEPEN TITRATABS	3	
EXJADE 125MG	4	MO
TBSO		
EXJADE 250MG, 500MG	5	MO
TBSO		
<i>kionex powd</i>	2	
SAMSCA TABS 30MG	5	PA QL(60/30)
SAMSCA TABS 15MG	5	PA QL(90/30)
<i>sodium bicarbonate inj 7.5%, 8.4%</i>	4	
<i>sodium lactate inj</i>	4	
<i>sodium polystyrene sulfonate susp 15gm/60ml</i>	2	
<i>sps</i>	2	
SYPRINE	3	
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
AMINOSYN 7%/ELECTROLYTES	4	B/D PA
AMINOSYN 8.5%/ELECTROLYTES	4	B/D PA
AMINOSYN II	4	B/D PA
AMINOSYN	4	B/D PA

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
II 4.25/DEX ROSE25%		
AMINOSYN II 5/DEXTROSE 25	4	B/D PA
AMINOSYN II 8.5%/ELECTROLYTES	4	B/D PA
AMINOSYN M	4	B/D PA
AMINOSYN -HBC	4	B/D PA
AMINOSYN -HF	4	B/D PA
AMINOSYN -PF	4	B/D PA
AMINOSYN -PF 7%	4	B/D PA
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	2	MO
CLINIMIX 2.75%/DEX TROSE 5%	4	B/D PA
<i>clinimix 4.25%/dextrose 10%</i>	4	B/D PA
<i>clinimix 4.25%/dextrose 25%</i>	4	B/D PA
CLINIMIX 4.25%/DEX TROSE 5%	4	B/D PA
CLINIMIX 5%/DEXTR OSE 25%	4	B/D PA
<i>clinisol sf 15%</i>	4	B/D PA
<i>dextrose 5% /electrolyte #48 viaflex</i>	4	
<i>dextrose</i>	4	

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
5%/lactated ringers		
dextrose 5%/potassium chloride 0.15%	4	
FREAMINE III 3%	4	B/D PA
freamine iii inj 72meq/l; 600mg/100 ml; 810mg/100 ml; 3meq/l; 14mg/100ml ; 1190mg/100 ml; 240mg/100 ml; 590mg/100 ml; 770mg/100 ml; 620mg/100 ml; 450mg/100 ml; 480mg/100 ml; 10mmole/l; 115mg/100 ml; 950mg/100 ml; 500mg/100 ml; 10meq/l; 340mg/100 ml; 130mg/100 ml; 560mg/100 ml	4	B/D PA
hepatamine	4	B/D PA
isolyte-m/dextrose	4	B/D PA

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
5%		
klor-con	2	MO
klor-con m10	2	MO
klor-con m20	1	MO
lactated ringers inj 3meq/l; 109meq/l; 28meq/l; 4meq/l; 130meq/l	4	
lactated ringers viaflex	4	
magnesium sulfate inj 50%	4	B/D PA
normosol-m in d5w	4	B/D PA
NORMOSO L-R	4	B/D PA
potassium chloride 0.15% nacl 0.9%	4	
potassium chloride 0.15%/d5w	4	
potassium chloride 0.3%/d5w	4	
potassium chloride 0.3%/nacl 0.9%/viaflex	4	
potassium chloride cr	2	MO
potassium chloride er cpcr	2	MO
potassium chloride er tbc 10meq, 20meq	2	MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
potassium chloride inj 10meq/100 ml, 20meq/100 ml, 2meq/ml, 30meq/100 ml, 40meq/100 ml	4	
potassium chloride liqd	2	
potassium chloride sr	1	MO
premasol inj 56meq/l; 320mg/100 ml; 730mg/100 ml; 190mg/100 ml; 3meq/l; 20mg/100ml ; 300mg/100 ml; 220mg/100 ml; 290mg/100 ml; 490mg/100 ml; 840mg/100 ml; 490mg/100 ml; 200mg/100 ml; 290mg/100 ml; 410mg/100 ml; 230mg/100 ml; 5meq/l; 15mg/100ml	4	B/D PA

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
; 250mg/100 ml;		
120mg/100 ml;		
140mg/100 ml;		
470mg/100 ml		
PROCALAMINE	4	B/D PA
PROSOL	4	B/D PA
ringers injection sodium chloride 0.45% viaflex	4	
sodium chloride inj 0.9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	4	
sodium fluoride tabs	1	
tpn electrolytes	4	B/D PA
TRAVASOL	4	B/D PA
VITAMINS		
niacor	2	MO

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

Needles And Syringes

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
<i>aurora pen needles 31g x 8mm</i>	2	QL(200/30) MO
<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2"</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultrafine/0.3 ml/31g x 5/16"</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultrafine/0.5 ml/30g x 1/2"</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultrafine/1ml /31g x 5/16"</i>	2	QL(200/30)
<i>bd insulin syringe ultrafine/u-100/0.3ml/3 1g x 15/64"</i>	2	QL(200/30)
<i>bd insulin syringe ultrafine/u-100/0.5ml/3 1g x 15/64"</i>	2	QL(200/30)
<i>bd insulin syringe ultrafine/u-100/1ml/31g x 15/64"</i>	2	QL(200/30)
<i>bd needle/30g x 1/2"</i>	2	QL(200/30) MO
<i>bd pen</i>	2	QL(200/30)

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>needle/mini/ ultrafine/31g x 3/16"</i>		MO
<i>bd pen needle/nano /ultra fine/32g x 4mm</i>	2	QL(200/30) MO
<i>bd pen needle/ultra fine/29g x 12.7mm</i>	2	
<i>h-e-b inconrol pen needles 29gx12mm</i>	2	QL(200/30) MO
<i>kmart valu plus insulin syringe/0.5 ml/29g</i>	3	QL(200/30) MO
<i>monoject insulin syringe/deta ch needle/1ml/ 27g x 1/2"</i>	2	QL(200/30) MO
<i>monoject insulin syringe/safe ty/perm needle/0.3m l/29g x 1/2"</i>	2	QL(200/30) MO
<i>monoject insulin syringe/u-100/0.5ml/3 0g x 5/16"</i>	2	QL(200/30) MO
<i>monoject insulin syringe/u-100/1ml/30g x 5/16" misc null</i>	2	QL(200/30) MO
<i>ulticare insulin syringe/u-</i>	2	QL(200/30) MO

Drug Name	Drug Tier	Reqs/Limits
<i>100/0.3ml/3 0g x 1/2"</i>		
<i>ulticare insulin syringe/u-100/0.5ml/3 1g x 5/16"</i>	2	QL(200/30) MO
<i>ulticare insulin syringe/u-100/1ml/30g x 1/2"</i>	2	QL(200/30) MO

Key: QL= Quantity Limits listed as (qty/days); PA=Prior Authorization may be required; ST= Step Therapy rules apply; B/D= Drugs covered under Medicare Part B or Part D; MO= Mail Order

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días); PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada; B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D; MO= Orden por correo

www.mycignahealthspring.com



This formulary was updated on August 2013. For more recent information or other questions, please contact Cigna-HealthSpring Customer Service at 1-800-668-3813 or, for TTY users, 711, 7 days a week, 8 a.m. - 8 p.m., or visit www.mycignahealthspring.com. Este formulario se actualizó el Agosto de 2013. Para información más actualizada u otras preguntas, favor de contactar al Departamento de servicio al cliente de Cigna-HealthSpring, al 1-800-668-3813 o, para los usuarios de TTY, 711, 7 días de la semana, 8 a.m. - 8 p.m., o visite www.mycignahealthspring.com.