

Magellan Complete Care of Virginia, LLC (HMO SNP)

2021 Formulario

(Lista de medicamentos cubiertos)



LEER: EL PRESENTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Número de identificación de presentación de formulario aprobado por HPMS 21316,
Número de versión 20

Este formulario fue actualizado el 12/01/2021.

Para obtener información más reciente o si tiene dudas, comuníquese con:

MCC of VA (HMO SNP)
1-800-424-4495 (TTY 711)

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes

(desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana)

www.mccofva.com/dsnp

Magellan Complete Care of Virginia (HMO SNP)

Nota para los miembros actuales: este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que contenga los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) dice “nosotros” o “nuestro”, se refiere a Magellan Complete Care. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Magellan Complete Care of Virginia (HMO SNP).

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan, la cual es válida desde el 12/01/2021. Para recibir un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y contraportada.

En general, debe usar las farmacias de la red para acceder a su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos y coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2022 y en forma periódica durante el año.

¿Qué es el Formulario de MCC of VA (HMO SNP)?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por MCC of VA (HMO SNP) con el asesoramiento de un equipo de proveedores de atención médica, el cual representa los tratamientos con medicamentos recetados que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Generalmente, cubriremos los medicamentos incluidos en nuestro formulario siempre y cuando sean necesarios por razones médicas, las recetas se obtengan en una farmacia de la red de MCC of VA (HMO SNP) y se respeten otras reglas del plan. Para acceder a más información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, consulte su *Evidencia de cobertura*.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realiza el 1.º de enero, pero podemos añadir o quitar medicamentos de la Lista durante el año, moverlos a un monto de copago diferente o agregar nuevas restricciones. Debemos cumplir las reglamentaciones de Medicare para aplicar estos cambios. Debemos cumplir las reglamentaciones de Medicare para aplicar estos cambios.

Cambios que pueden afectarle este año: en los siguientes casos, usted será afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo monto de copago o aún menor y con la misma restricción o aún menor. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un monto de copago diferente o agregar nuevas restricciones. Si usted está tomando actualmente ese medicamento de marca, es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, pero después le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

- o Si realizamos dicho cambio, usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la siguiente sección titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de MCC of VA (HMO SNP)?"
- **Medicamentos retirados del mercado:** si la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o su fabricante lo saca del mercado, de inmediato quitaremos el medicamento del formulario y notificaremos esto a los miembros que toman dicho medicamento.
- **Otros cambios:** podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente están tomando un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca actualmente en el formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un monto de copago diferente o ambas. O podemos realizar cambios según nuevas pautas clínicas. Si quitamos medicamentos del formulario o agregamos una autorización previa, establecemos límites de cantidad o restricciones a tratamientos escalonados para un medicamento, debemos notificar el cambio a los miembros afectados por lo menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o en el momento en el que el miembro solicita el medicamento nuevamente, en cuyo caso el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.
 - o Si realizamos estos otros cambios, usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la siguiente sección titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de MCC of VA (HMO SNP)?"

Cambios que no le afectarán si está tomando el medicamento actualmente: si está tomando un medicamento del formulario 2021 que estaba cubierto al comienzo del año, por lo general no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el resto del 2021, salvo en las circunstancias descritas. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para los miembros que los estén tomando durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá un aviso directo sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1.º de enero del próximo año, dichos cambios lo afectarán, y es importante consultar la Lista de medicamentos del año nuevo de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

Este formulario adjunto es vigente a partir del 12/01/2021. Para obtener la información más reciente y actualizada sobre los medicamentos cubiertos por MCC of VA (HMO SNP), comuníquese con Servicios al Miembro. Nuestra información de contacto aparece en la portada y en la contraportada. Cada mes, proporcionamos un formulario actualizado junto con un cuadro de cambios con los

medicamentos que se hayan agregado o eliminado en el formulario. Estos documentos están disponibles en nuestro sitio web en <https://www.mccofva.com/dsnp>.

¿Cómo uso el Formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Afección médica

El formulario comienza en la página 8. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para la que se usan. Por ejemplo, los medicamentos usados para una afección cardíaca están enumerados en la categoría: "Medicamentos cardiovasculares". Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 8. Luego busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro en qué categoría se encuentra, puede buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 139. El índice contiene un listado ordenado alfabéticamente de todos los medicamentos incluidos en este documento. Los medicamentos de marca y los genéricos están enumerados en el índice. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Al lado del medicamento, verá el número de página donde puede hallar información sobre la cobertura. Diríjase a la página que aparece en el índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

El plan MCC of VA (HMO SNP) cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. La FDA certifica que un medicamento genérico tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción a mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** MCC of VA (HMO SNP) exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener nuestra aprobación antes de poder adquirir sus medicamentos recetados. Si no recibe la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- **Límites de cantidad:** en algunos medicamentos, limitaremos la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, proporcionamos un suministro de 60 tabletas/30 días por receta para AFINITOR 10 mg. Esto puede ser adicional al suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** en algunos casos, exigiremos que usted primero intente tratar su afección médica con ciertos medicamentos antes de cubrir otro medicamento para esa

afección. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan su afección médica, es posible que no cubramos el Medicamento B a menos que pruebe el Medicamento A primero. Si a usted no le sirve el Medicamento A, entonces le cubriremos el Medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el formulario que comienza en la página 8. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y de tratamientos escalonados. Puede pedirnos, además, que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y contraportada.

Puede pedirnos que hagamos una excepción a estas restricciones o estos límites o puede pedirnos una lista de medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección: "¿Cómo solicito una excepción al formulario de MCC of VA (HMO SNP)?" en la página a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en el Formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debería comunicarse con Servicios para Miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si averigua que MCC of VA (HMO SNP) no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por MCC of VA (HMO SNP). Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nosotros.
- Puede solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento. A continuación, encontrará información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de MCC of VA (HMO SNP)?

Puede solicitar a MCC of VA (HMO SNP) que haga una excepción a las reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que usted nos puede pedir.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no se encuentre en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costos compartidos predeterminado y no podrá pedirnos que le demos el medicamento a un nivel de costos compartidos menor.
- Puede pedirnos que no exijamos restricciones de cobertura o límites en su medicamento. Por ejemplo, en algunos medicamentos, limitaremos la cantidad de medicamento que cubrimos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no exijamos el límite y que cubramos una cantidad mayor.

En general, solo aprobaremos su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, o las restricciones de uso adicionales, no fueran tan efectivos para tratar su afección o le provocaran efectos médicos adversos.

Debería comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura inicial sobre una excepción al formulario o una excepción a la restricción de uso. **Cuando solicite una excepción al formulario o a la restricción de uso, debe presentar una constancia de su médico o del profesional que receta en la que se fundamente su solicitud.** En general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas de haber recibido la constancia del profesional que receta. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico creen que su salud podría ser gravemente perjudicada si espera una decisión durante 72 horas. Si se le otorga la solicitud de una excepción acelerada, debemos tomar una decisión en no más de 24 horas de haber recibido la constancia de su médico u otro profesional que receta.

¿Qué puedo hacer antes de hablar con mi médico sobre cambiar de medicamento o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o que permanece en nuestro plan, puede estar tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O tal vez esté tomando un medicamento que esté en nuestro formulario, pero la posibilidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite una autorización previa nuestra antes de poder obtener su medicamento recetado. Debería hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que usted toma. Mientras habla con su médico para determinar el curso de acción apropiado para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante sus primeros 90 días como miembro de nuestro plan.

Cubriremos un suministro temporal de 30 días de cada medicamento que no esté en nuestro formulario o si su posibilidad de obtener los medicamentos es limitada. Si su receta es por menos días, permitiremos que se surtan recetas para proporcionar un suministro máximo de 30 días. Después del suministro inicial para 30 días, no pagaremos estos medicamentos, aunque usted haya sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no esté en nuestro formulario o si su posibilidad para obtenerlo es limitada, pero superó los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de ese medicamento para 31 días mientras usted tramita una excepción al formulario.

Si usted es un miembro actual y tiene un cambio en su nivel de atención (por ejemplo, es dado de alta de un hospital a su hogar, o es admitido o dado de alta de un centro de cuidados a largo plazo), la farmacia que surte sus recetas puede obtener una invalidación para una recarga anticipada comunicándose con Servicios para Miembros o con el Departamento de Asistencia Técnica de Magellan Rx Pharmacy al 1-844-857-4353.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de MCC of VA (HMO SNP), consulte su *Evidencia de cobertura* u otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre el plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y contraportada.

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 dispositivos TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede visitar <http://www.medicare.gov>.

Formulario de MCC of VA (HMO SNP)

El formulario a continuación brinda información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por MCC of VA (HMO SNP). Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, utilice el índice que comienza en la página 139.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (por ej., AFINITOR) y los medicamentos genéricos están en minúscula y cursiva (por ej., *simvastatin*).

La información de la columna "Requisitos/Límites" le indica si MCC of VA (HMO SNP) tiene algún requisito especial para la cobertura de ese medicamento.

Lista de abreviaturas

LA: disponibilidad limitada. Este medicamento recetado puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

PA: autorización previa. El plan exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener una aprobación antes de poder adquirir sus medicamentos recetados. Si no recibe la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

PA – Parte B versus Determinación D: este medicamento con receta puede estar cubierto por la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Es posible que se deba suministrar información que describa el uso y el entorno del medicamento para tomar una determinación.

QL: límite de cantidad. En algunos medicamentos, el Plan limita la cantidad de medicamento que cubrimos.

ST: tratamiento escalonado. En algunos casos, el plan exige que usted primero intente tratar su afección médica con ciertos medicamentos antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan su afección médica, es posible que no cubramos el Medicamento B a menos que pruebe el Medicamento A primero. Si a usted no le sirve el Medicamento A, entonces le cubriremos el Medicamento B.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Analgesics		
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs		
<i>celecoxib (50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule, 400 mg capsule)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac potassium (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	
<i>diclofenac sodium 1.5 % drops</i>	1	PA
<i>diclofenac sodium 1 % gel (gram)</i>	1	QL (1000 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium (25 mg tablet dr, 50 mg tablet dr, 75 mg tablet dr, 100 mg tab er 24h)</i>	1	
<i>diflunisal 500 mg tablet</i>	1	
<i>etodolac (200 mg capsule, 300 mg capsule, 400 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	
<i>fenoprofen calcium 600 mg tablet</i>	1	
<i>flurbiprofen (50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
<i>ibuprofen (100 mg/5ml oral susp, 400 mg tablet, 600 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	1	
<i>indomethacin (25 mg capsule, 50 mg capsule)</i>	1	
<i>ketoprofen (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	1	
<i>ketorolac tromethamine 10 mg tablet</i>	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
<i>ketorolac tromethamine (15 mg/ml syringe, 15 mg/ml vial, 30 mg/ml cartridge, 30 mg/ml syringe, 30mg/ml(1) vial, 60 mg/2 ml cartridge, 60 mg/2 ml syringe, 60 mg/2 ml vial)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>meclofenamate sodium (50 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	1	
<i>mefenamic acid 250 mg capsule</i>	1	
<i>meloxicam (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	1	
<i>nabumetone (500 mg tablet, 750 mg tablet)</i>	1	
<i>naproxen (250 mg tablet, 375 mg tablet, 375 mg tablet dr, 500 mg tablet, 500 mg tablet dr)</i>	1	
<i>naproxen sodium (275 mg tablet, 550 mg tablet)</i>	1	
<i>naproxen/esomeprazole magnesium (naproxen/esomeprazole 375mg-20mg tab ir dr, naproxen/esomeprazole 500mg-20mg tab ir dr)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>oxaprozin 600 mg tablet</i>	1	
<i>piroxicam (10 mg capsule, 20 mg capsule)</i>	1	
SPRIX 15.75 MG NASAL SPRAY	1	QL (5 PER 30 OVER TIME)
<i>sulindac (150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	1	
<i>tolmetin sodium (400 mg capsule, 600 mg tablet)</i>	1	

Opioid Analgesics, Long-acting

EMBEDA (ER 20-0.8 MG CAPSULE, ER 30-1.2 MG CAPSULE, ER 50-2 MG CAPSULE, ER 60-2.4 MG CAPSULE, ER 80-3.2 MG CAPSULE, ER 100-4 MG CAPSULE)	1
--	---

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>fentanyl (12 mcg/hr patch td72, 25 mcg/hr patch td72, 37.5mcg/hr patch td72, 50mcg/hr patch td72, 62.5mcg/hr patch td72, 75mcg/hr patch td72, 87.5mcg/hr patch td72, 100 mcg/hr patch td72)</i>	1	
INFUMORPH (200 MG/20 ML AMPUL, 500 MG/20 ML AMPUL)	1	
<i>methadone hcl (5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tablet, 10 mg/5 ml solution, 10 mg/ml oral conc, 10 mg/ml vial)</i>	1	
METHADOSE 10 MG/ML ORAL CONC	1	
<i>morphine sulfate (10 mg cap er pel, 15 mg tablet er, 20 mg cap er pel, 30 mg cap er pel, 30 mg tablet er, 40 mg cap er pel, 50 mg cap er pel, 60 mg cap er pel, 60 mg tablet er, 80 mg cap er pel, 100 mg cap er pel, 100 mg tablet er, 200 mg tablet er)</i>	1	
<i>morphine sulfate/pf (sulfate/pf 10 mg/ml vial, sulfate/pf 25 mg/ml vial)</i>	1	
<i>oxymorphone hcl (5 mg tab er 12h, 7.5 mg tab er 12h, 10 mg tab er 12h, 15 mg tab er 12h, 20 mg tab er 12h, 30 mg tab er 12h, 40 mg tab er 12h)</i>	1	
XTAMPZA ER (ER 9 MG CAPSULE, ER 13.5 MG CAPSULE, ER 18 MG CAPSULE, ER 27 MG CAPSULE, ER 36 MG CAPSULE)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Opioid Analgesics, Short-acting		
ABSTRAL (400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB)	1	PA
acetaminophen with codeine phosphate (120-12mg/5 solution, 300mg-15mg tablet, 300mg-30mg tablet, 300mg-60mg tablet, 300mg/12.5 solution)	1	
butorphanol tartrate 10 mg/ml spray	1	
codeine sulfate (15 mg tablet, 30 mg tablet, 60 mg tablet)	1	
fentanyl citrate (100 mcg tablet eff, 200 mcg lozenge hd, 200 mcg tablet eff, 400 mcg lozenge hd, 400 mcg tablet eff, 600 mcg lozenge hd, 600 mcg tablet eff, 800 mcg lozenge hd, 800 mcg tablet eff, 1200 mcg lozenge hd, 1600 mcg lozenge hd)	1	PA
fentanyl citrate/pf (citrate/pf 50 mcg/ml ampul, citrate/pf 50 mcg/ml vial, citrate/pf 100mcg/2ml cartridge, citrate/pf 100mcg/2ml syringe)	1	PA - Part B vs D Determination
hydrocodone bitartrate/acetaminophen (hydrocodone/acetaminophen 2.5-108/5 solution, hydrocodone/acetaminophen 5 mg-300mg tablet, hydrocodone/acetaminophen 5 mg-325mg tablet, hydrocodone/acetaminophen 5-217mg/10 solution, hydrocodone/acetaminophen 7.5-300 mg tablet, hydrocodone/acetaminophen 7.5-325 mg tablet, hydrocodone/acetaminophen 7.5-325/15 solution, hydrocodone/acetaminophen 10mg-300mg tablet, hydrocodone/acetaminophen 10mg-325mg tablet)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>hydromorphone hcl (0.5mg/.5ml syringe, 1 mg/ml ampul, 1 mg/ml cartridge, 1 mg/ml liquid, 1 mg/ml syringe, 2 mg tablet, 2 mg/ml ampul, 2 mg/ml cartridge, 2 mg/ml syringe, 2 mg/ml vial, 4 mg tablet, 4 mg/ml ampul, 4 mg/ml cartridge, 8 mg tablet)</i>	1	
<i>hydromorphone hcl/pf (hcl/pf 1 mg/ml vial, hcl/pf 2 mg/ml ampul, hcl/pf 2 mg/ml vial, hcl/pf 10 mg/ml ampul, hcl/pf 10 mg/ml vial)</i>	1	
<i>ibuprofen/oxycodone hcl 400 mg-5mg tablet</i>	1	
LAZANDA (100 MCG SPRAY, 400 MCG SPRAY)	1	PA
<i>morphine sulfate (2 mg/ml syringe, 2 mg/ml vial, 4 mg/ml cartridge, 4 mg/ml syringe, 5 mg/ml syringe, 8 mg/ml cartridge, 8 mg/ml syringe, 10 mg/5 ml solution, 10 mg/ml cartridge, 10 mg/ml syringe, 15 mg tablet, 20 mg/5 ml solution, 30 mg tablet, 100 mg/5ml solution)</i>	1	
<i>morphine sulfate (4 mg/ml vial, 5 mg/ml vial, 8 mg/ml vial, 10 mg/ml vial)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>morphine sulfate/pf 30 mg/30ml pca vial</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>morphine sulfate/pf (sulfate/pf 0.5 mg/ml vial, sulfate/pf 1 mg/ml vial)</i>	1	
OXAYDO (5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET)	1	
<i>oxycodone hcl (5 mg capsule, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg/ml oral conc, 30 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (hcl/acetaminophen 2.5-325 mg tablet, hcl/acetaminophen 5 mg-325mg tablet, hcl/acetaminophen 7.5-325 mg tablet, hcl/acetaminophen 10mg-325mg tablet)</i>	1	
<i>oxycodone hcl/aspirin 4.8355-325 tablet</i>	1	
<i>tramadol hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
<i>tramadol hcl/acetaminophen 37.5-325mg tablet</i>	1	

Anesthetics

Local Anesthetics

<i>lidocaine 5 % adh. patch</i>	1	PA
<i>lidocaine 5 % oint. (g)</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine hcl (2 % jel/pf app, 2 % jelly(ml))</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine hcl (4 % solution, 40 mg/ml solution)</i>	1	PA, QL (250 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine/prilocaine (lidocaine/prilocaine 2.5 cream (g), lidocaine/prilocaine 2.5 kit)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents

Alcohol Deterrents/Anti-craving

<i>acamprosate calcium 333 mg tablet dr</i>	1	
<i>disulfiram (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	
<i>naltrexone hcl 50 mg tablet</i>	1	
VIVITROL (380 MG VIAL, 380 MG VIAL-DILUENT)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Opioid Dependence		
<i>buprenorphine hcl (2 mg tab subl, 8 mg tab subl)</i>	1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl (/naloxone 4mg-1mg film, /naloxone 12 mg-3 mg film)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl (/naloxone 2 mg-0.5mg film, /naloxone 8 mg-2 mg film, /naloxone 8 mg-2 mg tab subl)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl 2 mg-0.5mg tab subl</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
LUCEMYRA 0.18 MG TABLET	1	QL (224 PER 14 DAYS)
Opioid Reversal Agents		
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml cartridge, 0.4 mg/ml vial, 1 mg/ml syringe)</i>	1	
NARCAN 4 MG NASAL SPRAY	1	
Smoking Cessation Agents		
<i>bupropion hcl 150 mg tab er 12h</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
CHANTIX (0.5 MG TABLET, 1 MG CONT MONTH BOX, 1 MG TABLET, STARTING MONTH BOX)	1	QL (504 PER 365 OVER TIME)
NICOTROL CARTRIDGE INHALER	1	QL (2688 PER 365 OVER TIME)
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	1	QL (360 PER 365 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	QL (504 PER 365 OVER TIME)
Antibacterials		
Aminoglycosides		
<i>amikacin sulfate (500 mg/2ml vial, 1000mg/4ml vial)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>gentamicin sulfate (0.1 % cream (g), 0.1 % oint. (g), 40 mg/ml vial)</i>	1	
<i>gentamicin sulfate/pf 20 mg/2 ml vial</i>	1	
<i>neomycin sulfate 500 mg tablet</i>	1	
<i>paromomycin sulfate 250 mg capsule</i>	1	
<i>streptomycin sulfate 1 g vial</i>	1	
<i>tobramycin 300 mg/4ml ampul-neb</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>tobramycin sulfate (1.2 g vial, 10 mg/ml vial, 40 mg/ml vial)</i>	1	
Antibacterials, Other		
<i>aztreonam (1 g vial, 2 g vial)</i>	1	
CLEOCIN 100 MG VAGINAL OVULE	1	
<i>clindamycin hcl (75 mg capsule, 150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5 ml soln recon</i>	1	
<i>clindamycin phosphate (1 % med. swab, 2 % cream/appl, 150 mg/ml vial, 300 mg/2ml vial port, 600 mg/4ml vial port, 900mg/6ml vial port)</i>	1	
<i>colistin (colistimethate na) 150 mg vial</i>	1	
<i>daptomycin (350 mg vial, 500 mg vial)</i>	1	
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE	1	
<i>linezolid 100 mg/5ml susp recon</i>	1	QL (1800 PER 28 DAYS)
<i>linezolid 600 mg tablet</i>	1	QL (56 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>linezolid in dextrose 5% 600mg/300 piggyback</i>	1	
<i>methenamine hippurate 1 g tablet</i>	1	
<i>metronidazole (0.75 % gel w/appl, 250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	
<i>metronidazole/sodium chloride 500mg/0.1l piggyback</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	1	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg capsule</i>	1	
<i>polymyxin b sulfate 500k unit vial</i>	1	
SIVEXTRO 200 MG TABLET	1	QL (6 PER 30 OVER TIME)
<i>tinidazole (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	
<i>trimethoprim 100 mg tablet</i>	1	
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>vancomycin hcl 250 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>vancomycin hcl (1 g vial, 1 g vial port, 50 mg/ml soln recon, 250 mg vial, 500 mg vial, 500 mg vial port, 750 mg vial, 750 mg vial port)</i>	1	
VANDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	1	
XENLETA 600 MG TABLET	1	

Beta-lactam, Cephalosporins

<i>cefaclor (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	1	
<i>cefadroxil (1 g tablet, 250 mg/5ml susp recon, 500 mg capsule, 500 mg/5ml susp recon)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>cefazolin sodium (1 g vial, 1 g vial port, 500 mg vial)</i>	1	
<i>cefdinir (125 mg/5ml susp recon, 250 mg/5ml susp recon, 300 mg capsule)</i>	1	
<i>cefepime hcl (1 g vial, 2 g vial)</i>	1	
<i>cefixime (100 mg/5ml susp recon, 200 mg/5ml susp recon, 400 mg capsule)</i>	1	
<i>cefotaxime sodium 1 g vial</i>	1	
<i>cefotetan disodium (1 g vial, 2 g vial)</i>	1	
<i>cefoxitin sodium (1 g vial, 2 g vial, 10 g vial)</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil (50 mg/5 ml susp recon, 100 mg tablet, 100 mg/5ml susp recon, 200 mg tablet)</i>	1	
<i>cefprozil (125 mg/5ml susp recon, 250 mg tablet, 250 mg/5ml susp recon, 500 mg tablet)</i>	1	
<i>ceftazidime (1 g vial, 1 g vial port, 2 g vial, 2 g vial port, 6 g vial)</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium (1 g vial, 1 g vial port, 2 g vial, 2 g vial port, 250 mg vial, 500 mg vial)</i>	1	
<i>cefuroxime axetil (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	
<i>cefuroxime sodium (1.5 g vial, 7.5 g vial, 750 mg vial)</i>	1	
<i>cephalexin (125 mg/5ml susp recon, 250 mg capsule, 250 mg tablet, 250 mg/5ml susp recon, 500 mg capsule)</i>	1	
FETROJA 1 GRAM VIAL	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
SUPRAX (100 MG TABLET CHEWABLE, 200 MG TABLET CHEWABLE, 500 MG/5 ML SUSPENSION)	1	
TEFLARO (400 MG VIAL, 600 MG VIAL)	1	

Beta-lactam, Penicillins

<i>amoxicillin (125 mg tab chew, 125 mg/5ml susp recon, 200 mg/5ml susp recon, 250 mg capsule, 250 mg tab chew, 250 mg/5ml susp recon, 400 mg/5ml susp recon, 500 mg capsule, 500 mg tablet, 875 mg tablet)</i>	1	
<i>amoxicillin/potassium clavulanate (amoxicillin/potassium 200-28.5/5 susp recon, amoxicillin/potassium 200-28.5mg tab chew, amoxicillin/potassium 250-125 mg tablet, amoxicillin/potassium 250-62.5/5 susp recon, amoxicillin/potassium 400-57mg tab chew, amoxicillin/potassium 400-57mg/5 susp recon, amoxicillin/potassium 500-125 mg tablet, amoxicillin/potassium 600-42.9/5 susp recon, amoxicillin/potassium 875-125 mg tablet, amoxicillin/potassium 1000-62.5 tab er 12h)</i>	1	
<i>ampicillin sodium (1 g vial, 1 g vial port)</i>	1	
<i>ampicillin sodium/sulbactam sodium (sodium/sulbactam 1.5 g vial, sodium/sulbactam 1.5 g vial port, sodium/sulbactam 3 g vial, sodium/sulbactam 3 g vial port, sodium/sulbactam 15 g vial)</i>	1	
<i>ampicillin trihydrate 500 mg capsule</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
BICILLIN C-R (1.2 MILLION UNIT, 900-300 SYRINGE)	1	
BICILLIN L-A (600,000 UNIT/ML, 1,200,000 UNITS, 2,400,000 UNITS)	1	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	1	
<i>nafcillin in dextrose, iso-osmotic (1 g/50 ml froz.piggy, 2 g/100 ml froz.piggy)</i>	1	
<i>nafcillin sodium (1 g vial, 1 g vial port, 2 g vial, 2 g vial port, 10 g vial)</i>	1	
<i>penicillin g sodium 5mm unit vial</i>	1	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5ml soln recon, 250 mg tablet, 250 mg/5ml soln recon, 500 mg tablet)</i>	1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium (sodium/tazobactam 2.25 g vial, sodium/tazobactam 2.25 g vial port, sodium/tazobactam 3.375 g vial, sodium/tazobactam 3.375 g vial port, sodium/tazobactam 4.5 g vial, sodium/tazobactam 4.5 g vial port, sodium/tazobactam 13.5 g vial, sodium/tazobactam 40.5 g vial)</i>	1	
Carbapenems		
<i>ertapenem sodium 1 g vial</i>	1	
<i>imipenem/cilastatin sodium (imipenem/cilastatin 250 mg vial, imipenem/cilastatin 500 mg vial)</i>	1	
<i>meropenem (1 g vial, 500 mg vial)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Macrolides		
<i>azithromycin (1 g packet, 100 mg/5ml susp recon, 200 mg/5ml susp recon, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg vial, 500 mg vial port, 600 mg tablet)</i>	1	
<i>clarithromycin (125 mg/5ml susp recon, 250 mg tablet, 250 mg/5ml susp recon, 500 mg tablet 24h, 500 mg tablet)</i>	1	
DIFICID (40 MG/ML SUSPENSION, 200 MG TABLET)	1	
ERYPED 400 MG/5 ML SUSPENSION	1	
ERYTHROCIN 250 MG FILMTAB	1	
<i>erythromycin base (250 mg capsule dr, 250 mg tablet, 250 mg tablet dr, 333 mg tablet dr, 500 mg tablet, 500 mg tablet dr)</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5ml susp recon, 400 mg tablet, 400 mg/5ml susp recon)</i>	1	
Quinolones		
BAXDELA 450 MG TABLET	1	
<i>ciprofloxacin 500 mg/5ml sus mc rec</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl (100 mg tablet, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 750 mg tablet)</i>	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose 200mg/0.1l piggyback</i>	1	
<i>levofloxacin (25 mg/ml vial, 250 mg tablet, 250mg/10ml solution, 500 mg tablet, 750 mg tablet)</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>moxifloxacin/sod.ace,sul/water 400mg/.25l piggyback</i>	1	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) 400mg/.25l piggyback</i>	1	
<i>ofloxacin (300 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	1	

Sulfonamides

<i>sulfadiazine 500 mg tablet</i>	1
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim (sulfamethoxazole/trimethoprim 200-40mg/5 oral susp, sulfamethoxazole/trimethoprim 400mg-80mg tablet, sulfamethoxazole/trimethoprim 800-160 mg tablet, sulfamethoxazole/trimethoprim 800-160/20 oral susp)</i>	1

Tetracyclines

<i>demeclocycline hcl (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1
<i>doxycycline hyclate (50 mg capsule, 100 mg capsule, 100 mg tablet, 100 mg vial)</i>	1
<i>doxycycline monohydrate (25 mg/5 ml susp recon, 40 mg cap ir dr, 50 mg capsule, 50 mg tablet, 100 mg capsule, 100 mg tablet)</i>	1
<i>minocycline hcl (50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	1
<i>NUZYRA (150 MG TABLET, 150 MG TABLET-7 DAY, 150 MG-7 DAY WITH LOAD)</i>	1
<i>SEYSARA (60 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET)</i>	1
<i>tetracycline hcl (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	1

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
VIBRAMYCIN 50 MG/5 ML SYRUP	1	
Anticonvulsants		
Anticonvulsants, Other		
BRIVIACT (10 MG TABLET, 10 MG/ML ORAL SOLN, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tablet, 600 mg tablet, 600 mg/5ml oral susp)</i>	1	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
FYCOMPA (0.5 MG/ML ORAL SUSP, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	1	
<i>lamotrigine (5 mg tb chw dsp, 25 mg tablet, 25 mg tb chw dsp, 25(42)-100 tab ds pk, 25(84)-100 tab ds pk, 25-50-100 tb rd dspk, 25mg (35) tab ds pk, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	1	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 250 mg tablet, 500 mg tab er 24h, 500 mg tablet, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab er 24h, 750 mg tablet, 1000 mg tablet)</i>	1	
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	1	QL (10 PER 30 OVER TIME)
SPRITAM (250 MG TABLET, 500 MG TABLET, 750 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	1	
<i>valproic acid 250 mg capsule</i>	1	
<i>valproic acid (as sodium salt) (valproate sodium) (salt) 250 mg/5ml solution, salt) 500mg/10ml solution)</i>	1	
XCOPRI (12.5-25 MG TITRATION PK, 50 MG TABLET, 50-100 MG TITRATION PAK, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 150-200 MG TITRATION PK, 200 MG TABLET, 250 MG DAILY DOSE PACK, 350 MG DAILY DOSE PACK)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
Calcium Channel Modifying Agents		
CELONTIN 300 MG KAPSEAL	1	
<i>ethosuximide (250 mg capsule, 250 mg/5ml solution)</i>	1	
Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Augmenting Agents		
<i>clobazam (2.5 mg/ml oral susp, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
<i>clonazepam (0.125 mg tab rapdis, 0.25 mg tab rapdis, 0.5 mg tab rapdis, 0.5 mg tablet, 1 mg tab rapdis, 1 mg tablet)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam (2 mg tab rapdis, 2 mg tablet)</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAPSULE, 250 MG POWDER PACKET, 500 MG CAPSULE, 500 MG POWDER PACKET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam (2.5 mg kit, 5-7.5-10mg kit, 12.5-15-20 kit)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>divalproex sodium (125 mg cap dr spr, 125 mg tablet dr, 250 mg tab er 24h, 250 mg tablet dr, 500 mg tab er 24h, 500 mg tablet dr)</i>	1	
<i>gabapentin (100 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg capsule</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i>	1	QL (2160 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 600 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 800 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>phenobarbital (15 mg tablet, 16.2 mg tablet, 20 mg/5 ml elixir, 30 mg tablet, 32.4 mg tablet, 60 mg tablet, 64.8 mg tablet, 97.2mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>phenobarbital sodium (65 mg/ml vial, 130mg/ml vial)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone (50 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	1	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	1	
<i>tiagabine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet, 12 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	1	
VALTOCO (5 MG SPRAY, 10 MG SPRAY, 15 MG SPRAY, 20 MG SPRAY)	1	QL (10 PER 30 OVER TIME)
<i>vigabatrin (500 mg powd pack, 500 mg tablet)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Sodium Channel Agents

APTOM (200 MG TABLET, 400 MG TABLET, 600 MG TABLET, 800 MG TABLET)	1	
BANZEL (40 MG/ML SUSPENSION, 200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>carbamazepine (100 mg cpm 12hr, 100 mg tab chew, 100 mg tab er 12h, 100 mg/5ml oral susp, 200 mg cpm 12hr, 200 mg tab er 12h, 200 mg tablet, 200mg/10ml oral susp, 300 mg cpm 12hr, 400 mg tab er 12h)</i>	1	
DILANTIN 30 MG CAPSULE	1	
<i>oxcarbazepine (150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/5ml oral susp, 600 mg tablet)</i>	1	
PEGANONE 250 MG TABLET	1	
<i>phenytoin (50 mg tab chew, 100 mg/4ml oral susp, 125 mg/5ml oral susp)</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg capsule, 200 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	1	
<i>rufinamide (40 mg/ml oral susp, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	1	
VIMPAT (10 MG/ML SOLUTION, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	1	
<i>zonisamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	1	

Antidementia Agents

Antidementia Agents, Other

<i>ergoloid mesylates 1 mg tablet</i>	1	
NAMZARIC TITRATION PACK	1	ST, QL (56 PER 365 OVER TIME)
NAMZARIC (7 MG CAPSULE, 14 MG CAPSULE, 21 MG CAPSULE, 28 MG CAPSULE)	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Cholinesterase Inhibitors		
<i>donepezil hcl (5 mg tab rapdis, 5 mg tablet, 10 mg tab rapdis, 10 mg tablet, 23 mg tablet)</i>	1	
<i>galantamine hbr (4 mg tablet, 4 mg/ml solution, 8 mg cap24h pel, 8 mg tablet, 12 mg tablet, 16 mg cap24h pel, 24 mg cap24h pel)</i>	1	
<i>rivastigmine (4.6mg/24hr patch td24, 9.5mg/24hr patch td24, 13.3mg/24h patch td24)</i>	1	
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg capsule, 3 mg capsule, 4.5 mg capsule, 6 mg capsule)</i>	1	
N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist		
<i>memantine hcl (7 mg cap spr 24, 14 mg cap spr 24, 21 mg cap spr 24, 28 mg cap spr 24)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>memantine hcl (2 mg/ml solution, 5 mg tablet, 5 mg-10 mg tab ds pk, 10 mg tablet)</i>	1	
Antidepressants		
Antidepressants, Other		
<i>amitriptyline hcl/chlordiazepoxide (amitriptyline/chlordiazepoxide 12.5mg-5mg tablet, amitriptyline/chlordiazepoxide 25 mg-10mg tablet)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bupropion hcl (100 mg tab sr 12h, 150 mg tab er 24h)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl 300 mg tab er 24h</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl (75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>bupropion hcl (150 mg tab sr 12h, 200 mg tab sr 12h)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 150mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>maprotiline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)</i>	1	
<i>mirtazapine (7.5 mg tablet, 15 mg tab rapdis, 15 mg tablet, 30 mg tab rapdis, 30 mg tablet, 45 mg tab rapdis, 45 mg tablet)</i>	1	
<i>perphenazine/amitriptyline hcl (perphenazine/amitriptyline 2 mg-10 mg tablet, perphenazine/amitriptyline 2 mg-25 mg tablet, perphenazine/amitriptyline 4 mg-25 mg tablet, perphenazine/amitriptyline 4 mg-50 mg tablet, perphenazine/amitriptyline 4mg-10mg tablet)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRAVATO (56 MG PACK, 84 MG PACK)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
Monoamine Oxidase Inhibitors		
EMSAM (6 MG/24 PATCH, 9 MG/24 PATCH, 12 MG/24 PATCH)	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
MARPLAN 10 MG TABLET	1	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tablet</i>	1	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tablet</i>	1	
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide (10 mg tablet, 10 mg/5 ml solution, 20 mg tablet, 20 mg/10ml solution, 40 mg tablet)</i>	1	
<i>desvenlafaxine succinate (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>desvenlafaxine succinate 100 mg tab er 24h</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
DRIZALMA SPRINKLE (DR 20 MG CAP, DR 60 MG CAP)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
DRIZALMA SPRINKLE (DR 30 MG CAP, DR 40 MG CAP)	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl (20 mg capsule dr, 60 mg capsule dr)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl (30 mg capsule dr, 40 mg capsule dr)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	1	ST, QL (56 PER 365 OVER TIME)
FETZIMA (ER 20 MG CAPSULE, ER 40 MG CAPSULE, ER 80 MG CAPSULE, ER 120 MG CAPSULE)	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine hcl (10 mg capsule, 10 mg tablet, 20 mg capsule, 20 mg tablet, 20 mg/5 ml solution, 40 mg capsule)</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
<i>nefazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	1	
<i>paroxetine hcl (10 mg tablet, 12.5 mg tab er 24h, 20 mg tablet, 25 mg tab er 24h, 30 mg tablet, 37.5 mg tab er 24h, 40 mg tablet)</i>	1	
<i>paroxetine mesylate 7.5 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>sertraline hcl (20 mg/ml oral conc, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
<i>trazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1	
TRINTELLIX (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (25 mg tablet, 37.5 mg cap er 24h, 37.5 mg tab er 24, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg cap er 24h, 75 mg tab er 24, 75 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg cap er 24h, 150 mg tab er 24, 225 mg tab er 24)</i>	1	
VIIBRYD 10-20 MG STARTER PACK	1	QL (60 PER 365 OVER TIME)
VIIBRYD (10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Tricyclics		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>amoxapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	1	
<i>clomipramine hcl (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	1	
<i>desipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	1	
<i>doxepin hcl (10 mg capsule, 10 mg/ml oral conc, 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>imipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	
<i>nortriptyline hcl (10 mg capsule, 10 mg/5 ml solution, 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	1	
<i>protriptyline hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
<i>trimipramine maleate (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	1	

Antiemetics

Antiemetics, Other

<i>doxylamine succinate/vit b6 10 mg-10mg tablet dr</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	1	
<i>prochlorperazine 25 mg supp.rect</i>	1	
<i>prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml vial</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
<i>promethazine hcl (12.5 mg supp.rect, 25 mg supp.rect)</i>	1	PA
<i>promethazine hcl (6.25mg/5ml syrup, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg supp.rect, 50 mg tablet)</i>	1	
<i>scopolamine 1 mg/3 day patch td 3</i>	1	

Emetogenic Therapy Adjuncts

AKYNZEO 300-0.5 MG CAPSULE	1	PA - Part B vs D Determination, QL (2 PER 30 OVER TIME)
----------------------------	---	---

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>aprepitant 125mg-80mg cap ds pk</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (6 PER 30 OVER TIME)
<i>aprepitant 125 mg capsule</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>aprepitant 40 mg capsule</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (1 PER 30 OVER TIME)
<i>aprepitant 80 mg capsule</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (8 PER 30 OVER TIME)
<i>dronabinol (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
EMEND 125 MG POWDER PACKET	1	PA - Part B vs D Determination, QL (6 PER 30 OVER TIME)
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>ondansetron (4 mg tab rapdis, 8 mg tab rapdis)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>ondansetron hcl 4 mg/5 ml solution</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (450 PER 30 DAYS)
<i>ondansetron hcl (4 mg tablet, 8 mg tablet)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>ondansetron hcl 24 mg tablet</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (14 PER 28 OVER TIME)
SANCUSO 3.1 MG/24 HR PATCH	1	QL (2 PER 30 OVER TIME)
SYNDROS 5 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Antifungals

ABELCET 100 MG/20 ML VIAL	1	PA - Part B vs D Determination
AMBISOME 50 MG VIAL	1	PA - Part B vs D Determination
<i>amphotericin b 50 mg vial</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>caspofungin acetate (50 mg vial, 70 mg vial)</i>	1	
<i>clotrimazole (1 % cream (g), 10 mg troche)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
CRESEMBA 186 MG CAPSULE	1	
econazole nitrate 1 % cream (g)	1	
fluconazole (10 mg/ml susp recon, 40 mg/ml susp recon, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)	1	
fluconazole in sodium chloride, iso-osmotic (200mg/0.1l pggybk btl, 200mg/0.1l piggyback, 400mg/0.2l pggybk btl, 400mg/0.2l piggyback)	1	
flucytosine (250 mg capsule, 500 mg capsule)	1	
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tablet, 250 mg tablet)	1	
griseofulvin, microsize (125 mg/5ml oral susp, 500 mg tablet)	1	
itraconazole (10 mg/ml solution, 100 mg capsule)	1	PA
JUBLIA 10% TOPICAL SOLUTION	1	
ketconazole (2 % cream (g), 2 % shampoo, 200 mg tablet)	1	
miconazole nitrate 200 mg supp.vag	1	
naftifine hcl (1 % cream (g), 1 % gel (gram), 2 % cream (g))	1	
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION	1	
nystatin (500k unit tablet, 100000/g cream (g), 100000/g oint. (g), 100000/g powder, 100000/ml oral susp)	1	
posaconazole 100 mg tablet dr	1	
terbinafine hcl 250 mg tablet	1	QL (84 PER 180 OVER TIME)
terconazole (0.4 % cream/appl, 0.8 % cream/appl, 80 mg supp.vag)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
TOLSURA 65 MG CAPSULE	1	PA
<i>voriconazole (50 mg tablet, 200 mg tablet, 200 mg vial, 200 mg/5ml susp recon)</i>	1	
Antigout Agents		
<i>allopurinol (100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1	
<i>colchicine (0.6 mg capsule, 0.6 mg tablet)</i>	1	
<i>febuxostat (40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	1	
GLOPERBA 0.6 MG/5 ML SOLUTION	1	ST
<i>probenecid 500 mg tablet</i>	1	
<i>probenecid/colchicine 500-0.5 mg tablet</i>	1	
Antimigraine Agents		
Ergot Alkaloids		
<i>dihydroergotamine mesylate 1 mg/ml ampul</i>	1	PA
<i>dihydroergotamine mesylate 0.5mg/spry spray/pump</i>	1	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)
ERGOMAR 2 MG TABLET SL	1	
<i>ergotamine tartrate/cafeine (tartrate/cafeine 1 mg-100mg tablet, tartrate/cafeine 2-100mg supp.rect)</i>	1	
Prophylactic		
AIMOVIG 140 MG/ML AUTOINJECTOR	1	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
AIMOVIG 70 MG/ML AUTOINJECTOR	1	PA, QL (2 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
AIMOVIG 140 MG DOSE-2 AUTOINJ	1	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
EMGALITY 120 MG/ML PEN	1	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
EMGALITY SYRINGE (100 MG/ML SYR(1 OF 3), 300 MG (100 MG X3SYR))	1	PA, QL (3 PER 30 DAYS)
NURTEC ODT 75 MG TABLET	1	PA, QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>timolol maleate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
UBRELVY (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)

Serotonin (5-HT) Receptor Agonist

<i>eletriptan hydrobromide (20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	1	QL (12 PER 30 OVER TIME)
<i>frovatriptan succinate 2.5 mg tablet</i>	1	QL (12 PER 30 OVER TIME)
<i>naratriptan hcl (1 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	1	QL (9 PER 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (5 mg tab rapdis, 5 mg tablet, 10 mg tab rapdis, 10 mg tablet)</i>	1	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (5 mg spray, 20 mg spray)</i>	1	QL (12 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	QL (9 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml cartridge, 4 mg/0.5ml pen injctr, 6 mg/0.5ml cartridge, 6 mg/0.5ml pen injctr, 6 mg/0.5ml syringe, 6 mg/0.5ml vial)</i>	1	QL (5 PER 30 OVER TIME)
TOSYMRA 10 MG NASAL SPRAY	1	QL (12 PER 30 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>zolmitriptan (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	1	QL (12 PER 30 OVER TIME)
Antimyasthenic Agents		
Parasympathomimetics		
<i>guanidine hcl 125 mg tablet</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide (60 mg tablet, 60 mg/5 ml solution, 180 mg tablet er)</i>	1	
Antimycobacterials		
Antimycobacterials, Other		
<i>dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
<i>rifabutin 150 mg capsule</i>	1	
Antituberculars		
<i>ethambutol hcl (100 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	1	
<i>isoniazid (50 mg/5 ml solution, 100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1	
PASER GRANULES 4 GM PACKET	1	
PRIFTIN 150 MG TABLET	1	
<i>pyrazinamide 500 mg tablet</i>	1	
<i>rifampin (150 mg capsule, 300 mg capsule, 600 mg vial)</i>	1	
SIRTURO (20 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	
TRECTOR 250 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Antineoplastics		
Alkylating Agents		
<i>cyclophosphamide (25 mg capsule, 50 mg capsule)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
GLEOSTINE (10 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	1	
<i>ifosfamide 3 g vial</i>	1	
LEUKERAN 2 MG TABLET	1	
MATULANE 50 MG CAPSULE	1	
<i>thiotepa 100 mg vial</i>	1	
VALCHLOR 0.016% GEL	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEPZELCA 4 MG VIAL	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
Antiandrogens		
<i>abiraterone acetate (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bicalutamide 50 mg tablet</i>	1	
ERLEADA 60 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>flutamide 125 mg capsule</i>	1	
<i>nilutamide 150 mg tablet</i>	1	
NUBEQA 300 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI (40 MG CAPSULE, 40 MG TABLET, 80 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
YONSA 125 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYTIGA 500 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
Antiangiogenic Agents		
FOTIVDA (0.89 MG CAPSULE, 1.34 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
POMALYST (1 MG CAPSULE, 2 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
QINLOCK 50 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVLIMID (2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 15 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABRECTA (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (120 PER 30 DAYS)
THALOMID (50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
Antiestrogens/Modifiers		
EMCYT 140 MG CAPSULE	1	
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLN	1	
<i>tamoxifen citrate (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
<i>toremifene citrate 60 mg tablet</i>	1	
Antimetabolites		
<i>cytarabine 20 mg/ml vial</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>cytarabine/pf (cytarabine/pf 2 g/20 ml vial, cytarabine/pf 20 mg/ml vial, cytarabine/pf 100 mg/5ml vial)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
DROXIA (200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE, 400 MG CAPSULE)	1	
<i>fluorouracil (1 g/20 ml vial, 2.5 g/50ml vial, 5 g/100 ml vial, 500mg/10ml vial)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>hydroxyurea 500 mg capsule</i>	1	
<i>mercaptopurine 50 mg tablet</i>	1	
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSP	1	
SIKLOS (100 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
TABLOID 40 MG TABLET	1	
Antineoplastics, Other		
<i>bleomycin sulfate (15 unit vial, 30 unit vial)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>daunorubicin hcl 5 mg/ml vial</i>	1	
GAVRETO 100 MG CAPSULE	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (75 MG TABLET, 100 MG TABLET, 125 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (30 PER 30 DAYS)
INREBIC 100 MG CAPSULE	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA CO-PACK (200 MG, 400 MG, 600 MG)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF (15 MG-6.14 MG TABLET, 20 MG-8.19 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
NINLARO (2.3 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ONUREG (200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (4.5 MG TABLET, 9 MG TABLET, 13.5 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (30 PER 30 DAYS)
PHESGO (600-600 MG-20,000 UNIT, 1,200-600MG-30,000 UNIT)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (40 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMIDEPSIN 27.5 MG/5.5 ML VIAL	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYNRIBO 3.5 MG/ML VIAL	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUSELTIQ (50 MG DAILY PK, 75 MG DAILY PK, 100 MG DAILY PK, 125 MG DAILY PK)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
TUKYSA (50 MG TABLET, 150 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vinorelbine tartrate (10 mg/ml vial, 50 mg/5 ml vial)</i>	1	
XPOVIO (40 MG ONCE, 40 MG TWICE, 60 MG ONCE, 60 MG TWICE, 80 MG ONCE, 80 MG TWICE, 100 MG ONCE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
<i>anastrozole 1 mg tablet</i>	1	
<i>exemestane 25 mg tablet</i>	1	
<i>letrozole 2.5 mg tablet</i>	1	
Enzyme Inhibitors		
<i>etoposide 20 mg/ml vial</i>	1	
<i>irinotecan hcl (40 mg/2 ml vial, 500mg/25ml vial)</i>	1	
Molecular Target Inhibitors		
AFINITOR 10 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (30 PER 30 DAYS)
AFINITOR DISPERZ (2 MG TABLET, 3 MG TABLET, 5 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALECENSA 150 MG CAPSULE	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 MG-180 MG TAB PACK	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (60 PER 365 OVER TIME)
ALUNBRIG (90 MG TABLET, 180 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (30 PER 30 DAYS)
ALUNBRIG 30 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (120 PER 30 DAYS)
AYVAKIT (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
BALVERSA (3 MG TABLET, 4 MG TABLET, 5 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF (100 MG TABLET, 400 MG TABLET, 500 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI (50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAPSULE	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE 100 MG CAPSULE	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (60 PER 30 DAYS)
CAPRELSA 300 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG PACK, 100 MG PK, 140 MG PK)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO (25 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl (25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (30 PER 30 DAYS)
FARYDAK (10 MG CAPSULE, 15 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TABLET, 30 MG TABLET, 40 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (30 PER 30 DAYS)
IBRANCE (75 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 125 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
ICLUSIG (30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG 10 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (30 PER 30 DAYS)
ICLUSIG 15 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>imatinib mesylate (100 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (70 MG CAPSULE, 140 MG CAPSULE, 140 MG TABLET, 280 MG TABLET, 420 MG TABLET, 560 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA (1 MG TABLET, 5 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
IRESSA 250 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (5 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 25 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI 10 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (60 PER 30 DAYS)
KISQALI (200 MG DAILY, 400 MG DAILY, 600 MG DAILY)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO (10 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tablet</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG CAPSULE, 8 MG DAILY DOSE, 10 MG DAILY DOSE, 12 MG DAILY DOSE, 14 MG DAILY DOSE, 18 MG DAILY DOSE, 20 MG DAILY DOSE, 24 MG DAILY DOSE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA (25 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
MEKINIST (0.5 MG TABLET, 2 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (180 PER 30 DAYS)
NEXAVAR 200 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAPSULE	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY, 250 MG DAILY, 300 MG DAILY)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK (100 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TABLET, 250 MG TABLET, 300 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAPSULE	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL (20 MG TABLET, 50 MG TABLET, 70 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET, 140 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate (12.5 mg capsule, 25 mg capsule, 37.5 mg capsule, 50 mg capsule)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SUTENT (12.5 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE, 37.5 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSO 40 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (30 PER 30 DAYS)
TAGRISSO 80 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.25 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TASIGNA (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
TEPMETKO 225 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 200 MG CAPSULE	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TYKERB 250 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
UKONIQ 200 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA (10 MG TAB (10MG X 2), 10 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI (20 MG/ML SOLUTION, 25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VOTRIENT 200 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA 100 MG CAPSULE	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA (150 MG CAPSULE, 150 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
Monoclonal Antibody/Antibody-Drug Conjugate		
AVASTIN (100 MG/4 ML VIAL, 400 MG/16 ML VIAL)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
DARZALEX FASPRO 1,800MG-30,000	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
HERCEPTIN 150 MG VIAL	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
HERCEPTIN HYLECTA 600MG-10,000	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MVASI (100 MG/4 ML VIAL, 400 MG/16 ML VIAL)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ONTRUZANT (150 MG VIAL, 420 MG VIAL)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
RITUXAN (100 MG/10 ML VIAL, 500 MG/50 ML VIAL)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
RITUXAN HYCELA (1,400 MG-23,400, 1,600 MG-26,800)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUXIENCE (100 MG/10 ML VIAL, 500 MG/50 ML VIAL)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SARCLISA (100 MG/5 ML VIAL, 500 MG/25 ML VIAL)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRODELVY 180 MG VIAL	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZIRABEV (100 MG/4 ML VIAL, 400 MG/16 ML VIAL)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Retinoids

<i>bexarotene 75 mg capsule</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1% GEL	1	
TARGRETIN 1% GEL	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	1	

Treatment Adjuncts

<i>leucovorin calcium (5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg vial, 100 mg vial, 200 mg vial, 350 mg vial, 500 mg vial)</i>	1	
<i>leucovorin calcium 10 mg/ml vial</i>	1	PA - Part B vs D Determination
MESNEX 400 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Antiparasitics		
Anthelmintics		
<i>albendazole 200 mg tablet</i>	1	
<i>ivermectin 3 mg tablet</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>praziquantel 600 mg tablet</i>	1	
Antiprotozoals		
ALINIA (100 MG/5 ML SUSPENSION, 500 MG TABLET)	1	
<i>atovaquone 750 mg/5ml oral susp</i>	1	
<i>atovaquone/proguanil hcl (atovaquone/proguanil 62.5-25 mg tablet, atovaquone/proguanil 250-100 mg tablet)</i>	1	
<i>benznidazole (12.5 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
<i>chloroquine phosphate (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	
COARTEM TABLETS	1	
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tablet</i>	1	
<i>mefloquine hcl 250 mg tablet</i>	1	
<i>nitazoxanide 500 mg tablet</i>	1	
<i>pentamidine isethionate 300 mg vial</i>	1	
<i>pentamidine isethionate 300 mg vial-neb</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>primaquine phosphate 26.3 mg tablet</i>	1	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i>	1	PA
<i>quinine sulfate 324 mg capsule</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Antiparkinson Agents		
Anticholinergics		
<i>benztropine mesylate (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl (2 mg tablet, 2 mg/5 ml solution, 5 mg tablet)</i>	1	
Antiparkinson Agents, Other		
<i>entacapone 200 mg tablet</i>	1	
GOCOVRI (ER 68.5 MG CAPSULE, ER 137 MG CAPSULE)	1	PA
<i>tolcapone 100 mg tablet</i>	1	
Dopamine Agonists		
APOKYN 30 MG/3 ML CARTRIDGE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tablet, 5 mg capsule)</i>	1	
KYNMOBI (10 MG FILM, 15 MG FILM, 20 MG FILM, 25 MG FILM, 30 MG FILM)	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
NEUPRO (1 MG/24 HR PATCH, 2 MG/24 HR PATCH, 3 MG/24 HR PATCH, 4 MG/24 HR PATCH, 6 MG/24 HR PATCH, 8 MG/24 HR PATCH)	1	ST
<i>pramipexole di-hcl (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet)</i>	1	
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
<i>carbidopa 25 mg tablet</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa (carbidopa/levodopa 10mg-100mg tab rapdis, carbidopa/levodopa 10mg-100mg tablet, carbidopa/levodopa 25mg-100mg tab rapdis, carbidopa/levodopa 25mg-100mg tablet, carbidopa/levodopa 25mg-100mg tablet er, carbidopa/levodopa 25mg-250mg tab rapdis, carbidopa/levodopa 25mg-250mg tablet, carbidopa/levodopa 50mg-200mg tablet er)</i>	1	
INBRIJA 42 MG INHALATION CAP	1	PA
RYTARY (ER 23.75 MG-95 MG CAP, ER 36.25 MG-145 MG CAP, ER 48.75 MG-195 MG CAP, ER 61.25 MG-245 MG CAP)	1	ST
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	
<i>selegiline hcl (5 mg capsule, 5 mg tablet)</i>	1	
Antipsychotics		
1st Generation/Typical		
<i>chlorpromazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 25 mg/ml ampul, 30 mg/ml oral conc, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 100 mg/ml oral conc, 200 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml vial</i>	1	
<i>fluphenazine hcl (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 2.5 mg/5ml elixir, 2.5 mg/ml vial, 5 mg tablet, 5 mg/ml oral conc, 10 mg tablet)</i>	1	
<i>haloperidol (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
<i>haloperidol decanoate (50 mg/ml ampul, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml ampul, 100 mg/ml vial)</i>	1	
<i>haloperidol lactate (2 mg/ml oral conc, 5 mg/ml ampul, 5 mg/ml syringe, 5 mg/ml vial)</i>	1	
<i>loxapine succinate (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule, 50 mg capsule)</i>	1	
<i>molindone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	1	
<i>perphenazine (2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	1	
<i>pimozide (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	1	
<i>thioridazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	1	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY MAINTENA (ER 300 MG SYR, ER 300 MG VL, ER 400 MG SYR, ER 400 MG VL)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
ABILIFY MYCITE (2 MG KIT, 5 MG KIT, 10 MG KIT, 15 MG KIT, 20 MG KIT, 30 MG KIT)	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	1	QL (750 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole (10 mg tab rapdis, 15 mg tab rapdis)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ARISTADA (ER 441 MG/1.6 ML SYRN, ER 662 MG/2.4 ML SYRN, ER 882 MG/3.2 ML SYRN, ER 1064 MG/3.9 ML SYR)	1	
ARISTADA INITIO ER 675 MG/2.4	1	
<i>asenapine maleate (2.5 mg tab subl, 5 mg tab subl, 10 mg tab subl)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
CAPLYTA 42 MG CAPSULE	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
FANAPT TITRATION PACK	1	ST, QL (8 PER 180 OVER TIME)
FANAPT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	1	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
INVEGA SUSTENNA (39 MG/0.25 ML, 78 MG/0.5 ML, 117 MG/0.75 ML, 156 MG/ML SYRG, 234 MG/1.5 ML)	1	
INVEGA TRINZA (273 MG/0.875 ML, 410 MG/1.315 ML, 546 MG/1.75 ML, 819 MG/2.625 ML)	1	
LATUDA (20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET, 120 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
LATUDA 80 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
NUPLAZID (10 MG TABLET, 17 MG TABLET, 34 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>olanzapine (2.5 mg tablet, 5 mg tab rapdis, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tab rapdis, 10 mg tablet, 15 mg tab rapdis, 15 mg tablet, 20 mg tab rapdis, 20 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olanzapine 10 mg vial</i>	1	
<i>paliperidone (1.5 mg tab er 24, 3 mg tab er 24, 9 mg tab er 24)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paliperidone 6 mg tab er 24</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PERSERIS (ER 90 MG POWDER SYRNG, ER 90 MG SYRINGE KIT, ER 120 MG SYRINGE KIT)	1	
<i>quetiapine fumarate (50 mg tab er 24h, 150 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 300 mg tablet, 400 mg tab er 24h, 400 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tab er 24h, 200 mg tablet)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
REXULTI (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET, 4 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RISPERDAL CONSTA (12.5 MG VIAL, 25 MG VIAL, 37.5 MG VIAL, 50 MG VIAL)	1	
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>risperidone (0.25 mg tab rapdis, 0.25 mg tablet, 0.5 mg tab rapdis, 0.5 mg tablet, 1 mg tab rapdis, 1 mg tablet, 2 mg tab rapdis, 2 mg tablet, 3 mg tab rapdis, 3 mg tablet, 4 mg tab rapdis, 4 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
SAPHRIS (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SECUADO (3.8 MG/24 HR PATCH, 5.7 MG/24 HR PATCH, 7.6 MG/24 HR PATCH)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (30 PER 30 DAYS)
VRAYLAR 1.5 MG-3 MG PACK	1	ST, QL (14 PER 365 OVER TIME)
VRAYLAR (1.5 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4.5 MG CAPSULE, 6 MG CAPSULE)	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ziprasidone hcl (20 mg capsule, 40 mg capsule, 60 mg capsule, 80 mg capsule)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ziprasidone mesylate fnl 20mg/1 vial</i>	1	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG VIAL, 210 MG VL KIT, 300 MG VIAL, 300 MG VL KIT, 405 MG VIAL, 405 MG VL KIT)	1	

Treatment-Resistant

<i>clozapine (200 mg tab rapdis, 200 mg tablet)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clozapine (25 mg tab rapdis, 25 mg tablet, 100 mg tab rapdis, 100 mg tablet)</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>clozapine (50 mg tablet, 150 mg tab rapdis)</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>clozapine 12.5 mg tab rapdis</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	1	QL (540 PER 30 DAYS)

Antispasticity Agents

<i>baclofen (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
<i>dantrolene sodium (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>tizanidine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	1	

Antivirals

Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)

BIKTARVY 50-200-25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
GENVOYA TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ISENTRESS (25 MG TABLET CHEW, 100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET CHEW, 400 MG TABLET)	1	
ISENTRESS HD 600 MG TABLET	1	
JULUCA 50-25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
STRIBILD TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TIVICAY (10 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET)	1	
TIVICAY PD 5 MG TAB FOR SUSP	1	

Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)

ATRIPLA TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
COMPLERA TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT 25 MG TABLET	1	
<i>efavirenz (50 mg capsule, 200 mg capsule, 600 mg tablet)</i>	1	
<i>efavirenz/emtricit/tenofovr df 600-200mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>etravirine (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	1	
INTELENCE (25 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET)	1	
<i>nevirapine (50 mg/5 ml oral susp, 100 mg tab er 24h, 200 mg tablet, 400 mg tab er 24h)</i>	1	
PIFELTRO 100 MG TABLET	1	
SYMFI 600-300-300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SYMFI LO 400-300-300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)

<i>abacavir sulfate (20 mg/ml solution, 300 mg tablet)</i>	1	
<i>abacavir sulfate/lamivudine 600-300mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>abacavir/lamivudine/zidovudine 150-300 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DESCOVY 200-25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>didanosine (200 mg capsule dr, 250 mg capsule dr, 400 mg capsule dr)</i>	1	
<i>emtricitabine 200 mg capsule</i>	1	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate (emtricitabine/tenofovir (tdf) 100-150 mg tablet, emtricitabine/tenofovir (tdf) 133-200 mg tablet, emtricitabine/tenofovir (tdf) 167-250 mg tablet, emtricitabine/tenofovir (tdf) 200-300 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
EMTRIVA (10 MG/ML SOLUTION, 200 MG CAPSULE)	1	
<i>lamivudine (10 mg/ml solution, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1	
<i>lamivudine/zidovudine 150-300 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ODEFSEY TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RETROVIR 200 MG/20 ML VIAL	1	
<i>stavudine (15 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	1	
TEMIXYS 300-300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tablet</i>	1	
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRUVADA (100 MG-150 MG TABLET, 133 MG-200 MG TABLET, 167 MG-250 MG TABLET, 200 MG-300 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIDEX (2 GM SOLN, 4 GM SOLN)	1	
VIDEX EC 125 MG CAPSULE	1	
VIREAD (150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET, POWDER)	1	
<i>zidovudine (10 mg/ml syrup, 100 mg capsule, 300 mg tablet)</i>	1	
Anti-HIV Agents, Other		
FUZEON 90 MG VIAL	1	
RUKOBIA ER 600 MG TABLET	1	
SELZENTRY (20 MG/ML ORAL SOLN, 25 MG TABLET, 75 MG TABLET, 150 MG TABLET, 300 MG TABLET)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
TYBOST 150 MG TABLET	1	
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)		
APTIVUS (100 MG/ML SOLUTION, 250 MG CAPSULE)	1	
<i>atazanavir sulfate (150 mg capsule, 200 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	1	
CRIXIVAN (200 MG CAPSULE, 400 MG CAPSULE)	1	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tablet</i>	1	
INVIRASE 500 MG TABLET	1	
KALETRA (100-25 MG TABLET, 200-50 MG TABLET)	1	
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	1	
<i>lopinavir/ritonavir (lopinavir/ritonavir 100mg-25mg tablet, lopinavir/ritonavir 200mg-50mg tablet, lopinavir/ritonavir 400-100/5 solution)</i>	1	
NORVIR (80 MG/ML SOLUTION, 100 MG POWDER PACKET)	1	
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZISTA (75 MG TABLET, 100 MG/ML SUSPENSION, 150 MG TABLET, 600 MG TABLET, 800 MG TABLET)	1	
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	1	
<i>ritonavir 100 mg tablet</i>	1	
SYM TUZA 800-150-200-10 MG TAB	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
VIRACEPT (250 MG TABLET, 625 MG TABLET)	1	
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
<i>cidofovir 75 mg/ml vial</i>	1	
<i>ganciclovir sodium (500 mg vial, 500mg/10ml vial)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
PREVYMIS (240 MG TABLET, 240 MG/12 ML VIAL, 480 MG TABLET, 480 MG/24 ML VIAL)	1	
<i>valganciclovir hcl (50 mg/ml soln recon, 450 mg tablet)</i>	1	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tablet</i>	1	
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	1	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>entecavir (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLN	1	
<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	1	
VEMLIDY 25 MG TABLET	1	
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
MAVYRET 100-40 MG TABLET	1	PA, QL (336 PER 365 OVER TIME)
<i>ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)</i>	1	
<i>sofosbuvir/velpatasvir 400-100 mg tablet</i>	1	PA, QL (84 PER 365 OVER TIME)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET	1	PA, QL (84 PER 365 OVER TIME)
Anti-influenza Agents		
<i>amantadine hcl (50 mg/5 ml solution, 100 mg capsule, 100 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>oseltamivir phosphate 30 mg capsule</i>	1	QL (168 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg capsule</i>	1	QL (84 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg capsule</i>	1	QL (110 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml susp recon</i>	1	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>rimantadine hcl 100 mg tablet</i>	1	
XOFLUZA (20 MG TAB (40 MG DOSE), 40 MG TAB (80 MG DOSE), 40 MG TABLET)	1	QL (4 PER 365 OVER TIME)
XOFLUZA 80 MG TABLET	1	QL (2 PER 365 OVER TIME)

Antitherpetic Agents

<i>acyclovir (200 mg capsule, 200 mg/5ml oral susp, 400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	1	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml vial</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>famciclovir (125 mg tablet, 250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	
<i>valacyclovir hcl (500 mg tablet, 1000 mg tablet)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)

Anxiolytics

Anxiolytics, Other

<i>buspirone hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	1	
<i>hydroxyzine pamoate (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	1	

Benzodiazepines

<i>alprazolam (0.5 mg tab er 24h, 1 mg tab er 24h)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
--	---	---------------------

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>alprazolam 3 mg tab er 24h</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam (2 mg tab er 24h, 2 mg tablet)</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>chlordiazepoxide hcl 10 mg capsule</i>	1	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>chlordiazepoxide hcl 25 mg capsule</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>chlordiazepoxide hcl 5 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tablet</i>	1	QL (720 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 10 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 2 mg tablet</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>diazepam (5 mg/5 ml solution, 5 mg/ml cartridge, 5 mg/ml oral conc, 5 mg/ml syringe, 5 mg/ml vial)</i>	1	
<i>lorazepam 2 mg/ml oral conc</i>	1	
<i>lorazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam 2 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam (2 mg/ml cartridge, 2 mg/ml syringe, 2 mg/ml vial, 4 mg/ml cartridge, 4 mg/ml vial)</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Bipolar Agents		
Mood Stabilizers		
EQUETRO (100 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	1	
<i>lithium carbonate (150 mg capsule, 300 mg capsule, 300 mg tablet, 300 mg tablet er, 450 mg tablet er, 600 mg capsule)</i>	1	
<i>lithium citrate 8 meq/5 ml solution</i>	1	
Blood Glucose Regulators		
Antidiabetic Agents		
<i>acarbose (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
CYCLOSET 0.8 MG TABLET	1	
FARXIGA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	
<i>glimepiride (1 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	1	
<i>glipizide (2.5 mg tab er 24, 5 mg tab er 24, 5 mg tablet, 10 mg tab er 24, 10 mg tablet)</i>	1	
<i>glipizide/metformin hcl (glipizide/metformin 2.5-250 mg tablet, glipizide/metformin 2.5-500 mg tablet, glipizide/metformin 5 mg-500mg tablet)</i>	1	
<i>glyburide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	1	
<i>glyburide, micronized (1.5 mg tablet, 3 mg tablet, 6 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>glyburide/metformin hcl (glyburide/metformin 1.25-250mg tablet, glyburide/metformin 2.5-500 mg tablet, glyburide/metformin 5 mg-500mg tablet)</i>	1	
GLYXAMBI (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	1	
JANUMET (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET)	1	
JANUMET XR (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET, 100-1,000 MG TABLET)	1	
JANUVIA (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	
JARDIANCE (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	1	
JENTADUETO (2.5 MG-1000 MG TAB, 2.5 MG-500 MG TAB, 2.5 MG-850 MG TAB)	1	
JENTADUETO XR (2.5 MG, 5 MG TB)	1	
<i>metformin hcl (500 mg tab er 24h, 500 mg tablet, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab er 24h, 850 mg tablet, 1000 mg tablet)</i>	1	
<i>nateglinide (60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	1	
OZEMPIC (1 MG/DOSE (2 MG/1.5ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML))	1	QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC 0.25-0.5 MG/DOSE PEN	1	QL (1.5 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tablet, 30 mg tablet, 45 mg tablet)</i>	1	
<i>pioglitazone hcl/glimepiride (hcl/glimepiride 30 mg-2 mg tablet, hcl/glimepiride 30 mg-4 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl (/metformin 15mg-500mg tablet, /metformin 15mg-850mg tablet)</i>	1	
<i>repaglinide (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	1	
RYBELSUS (7 MG TABLET, 14 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RYBELSUS 3 MG TABLET	1	QL (60 PER 365 OVER TIME)
SYMLINPEN 120 PEN INJECTOR	1	PA
SYMLINPEN 60 PEN INJECTOR	1	PA
SYNJARDY (5-1,000 MG TABLET, 5-500 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TABLET, 12.5-500 MG TABLET)	1	
SYNJARDY XR (5-1,000 MG TABLET, 10-1,000 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TAB, 25-1,000 MG TABLET)	1	
<i>tolazamide (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	
TRADJENTA 5 MG TABLET	1	
TRIJARDY XR (5-2.5-1,000 MG TAB, 10-5-1,000 MG TAB, 12.5-2.5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TAB)	1	
TRULICITY (0.75 MG/0.5 ML PEN, 1.5 MG/0.5 ML PEN, 3 MG/0.5 ML PEN, 4.5 MG/0.5 ML PEN)	1	QL (2 PER 28 DAYS)
VICTOZA 2-PAK 18 MG/3 ML PEN	1	QL (9 PER 30 DAYS)
VICTOZA 3-PAK 18 MG/3 ML PEN	1	QL (9 PER 30 DAYS)
XIGDUO XR (2.5 MG-1,000 MG TAB, 5 MG-1,000 MG TABLET, 5 MG-500 MG TABLET, 10 MG-1,000 MG TAB, 10 MG-500 MG TABLET)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Glycemic Agents		
<i>diazoxide 50 mg/ml oral susp</i>	1	
GLUCAGEN 1 MG HYPOKIT	1	
GLUCAGON EMERGENCY KIT (1 MG EMERGENCY KIT, 1 MG VIAL)	1	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK (1-PK 1 MG/0.2 ML, 1PK 0.5MG/0.1 ML)	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK (2-PK 1 MG/0.2 ML, 2PK 0.5MG/0.1 ML)	1	
PROGLYCEM 50 MG/ML ORAL SUSP	1	
Insulins		
HUMALOG (100 UNIT/ML CARTRIDGE, 100 UNIT/ML VIAL)	1	
HUMALOG JR 100 UNIT/ML KWIKPEN	1	
HUMALOG 100 UNIT/ML KWIKPEN	1	
HUMALOG 200 UNIT/ML KWIKPEN	1	
HUMALOG MIX 50-50 VIAL	1	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	1	
HUMALOG MIX 75-25 VIAL	1	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	1	
HUMULIN 70-30 VIAL	1	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	1	
HUMULIN N 100 UNIT/ML VIAL	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
HUMULIN N 100 UNIT/ML KWIKPEN	1	
HUMULIN R 100 UNIT/ML VIAL	1	
HUMULIN R 500 UNIT/ML VIAL	1	
HUMULIN R 500 UNIT/ML KWIKPEN	1	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VL	1	
INSULIN LISPRO JR 100 UNIT/ML	1	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML PEN	1	
INSULIN LISPRO MIX 75-25 KWKPN	1	
LANTUS 100 UNIT/ML VIAL	1	
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML	1	
LEVEMIR 100 UNIT/ML VIAL	1	
LEVEMIR FLEXTOUCH 100 UNIT/ML	1	
LYUMJEV 100 UNIT/ML VIAL	1	
LYUMJEV 100 UNIT/ML KWIKPEN	1	
LYUMJEV 200 UNIT/ML KWIKPEN	1	
TOUJEO MAX SOLOSTR 300 UNIT/ML	1	
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML	1	
TRESIBA 100 UNIT/ML VIAL	1	
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML	1	
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Blood Products and Modifiers		
Anticoagulants		
ELIQUIS DVT-PE TREAT START 5MG	1	QL (148 PER 365 OVER TIME)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 5 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml syringe, 150 mg/ml syringe)</i>	1	QL (35 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (80mg/0.8ml syringe, 120mg/.8ml syringe)</i>	1	QL (28 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 30mg/0.3ml syringe</i>	1	QL (10.5 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 40mg/0.4ml syringe</i>	1	QL (14 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 60mg/0.6ml syringe</i>	1	QL (21 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 300mg/3ml vial</i>	1	QL (105 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 10mg/0.8ml syringe</i>	1	QL (28 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5 syringe</i>	1	QL (17.5 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 5mg/0.4ml syringe</i>	1	QL (14 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 7.5mg/0.6 syringe</i>	1	QL (21 PER 90 OVER TIME)
FRAGMIN (2,500 UNIT/0.2 ML SYR, 5,000 UNIT/0.2 ML SYR)	1	QL (7 PER 90 OVER TIME)
FRAGMIN 10,000 UNIT/ML SYRINGE	1	QL (35 PER 90 OVER TIME)
FRAGMIN 12,500 UNIT/0.5 ML SYR	1	QL (17.5 PER 90 OVER TIME)
FRAGMIN 15,000 UNIT/0.6 ML SYR	1	QL (21 PER 90 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
FRAGMIN 18,000 UNIT/0.72 ML	1	QL (25.3 PER 90 OVER TIME)
FRAGMIN 7,500 UNIT/0.3 ML SYR	1	QL (10.5 PER 90 OVER TIME)
FRAGMIN 95,000 UNIT/3.8 ML VL	1	QL (22.8 PER 90 OVER TIME)
<i>heparin sodium, porcine (5000/ml syringe, 5000/ml vial, 5000/ml(1) cartridge)</i>	1	
<i>warfarin sodium (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
XARELTO DVT-PE TREAT START 30D	1	QL (102 PER 365 OVER TIME)
XARELTO (10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
XARELTO (2.5 MG TABLET, 15 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Blood Products and Modifiers, Other		
ADAKVEO 100 MG/10 ML VIAL	1	PA
<i>anagrelide hcl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule)</i>	1	
ARANESP (10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRINGE, 25 MCG/ML VIAL, 40 MCG/0.4 ML SYRINGE, 40 MCG/ML VIAL, 60 MCG/0.3 ML SYRINGE, 60 MCG/ML VIAL, 100 MCG/0.5 ML SYRINGE, 100 MCG/ML VIAL, 150 MCG/0.3 ML SYRINGE, 200 MCG/0.4 ML SYRINGE, 200 MCG/ML VIAL, 300 MCG/0.6 ML SYRINGE, 300 MCG/ML VIAL, 500 MCG/1 ML SYRINGE)	1	PA
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
GRANIX (300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	1	ST
LEUKINE 250 MCG VIAL	1	PA
MOZOBIL 24 MG/1.2 ML VIAL	1	PA, QL (38.4 PER 365 OVER TIME)
MULPLETA 3 MG TABLET	1	PA
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	1	PA
NEULASTA ONPRO 6 MG/0.6 ML KIT	1	PA
NEUPOGEN (300 MCG/0.5 ML SYR, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYR, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	1	ST
NIVESTYM (300 MCG/0.5 ML SYRING, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYRING, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	1	ST
NPLATE (125 MCG VIAL, 250 MCG VIAL, 500 MCG VIAL)	1	PA
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	1	PA
OXBRYTA 500 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
PROMACTA (12.5 MG SUSPEN PACKET, 12.5 MG TABLET, 25 MG SUSPENSION PCKT, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET)	1	PA
REBLOZYL (25 MG VIAL, 75 MG VIAL)	1	PA
RETACRIT (2,000 UNIT/ML VIAL, 3,000 UNIT/ML VIAL, 4,000 UNIT/ML VIAL, 10,000 UNIT/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNIT/ML VIAL, 40,000 UNIT/ML VIAL)	1	PA
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
ZARXIO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	1	
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SYRINGE	1	PA

Hemostasis Agents

<i>aminocaproic acid (500 mg tablet, 1000 mg tablet)</i>	1	
<i>tranexamic acid 650 mg tablet</i>	1	

Platelet Modifying Agents

<i>aspirin/dipyridamole 25mg-200mg cpm 12hr</i>	1	
BRILINTA (60 MG TABLET, 90 MG TABLET)	1	
CABLIVI (11 MG KIT, 11 MG VIAL)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>cilostazol (50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
<i>clopidogrel bisulfate (75 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1	
<i>prasugrel hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
TAVALISSE (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	1	PA

Cardiovascular Agents

Alpha-adrenergic Agonists

<i>clonidine (0.1mg/24hr patch tdwk, 0.2mg/24hr patch tdwk, 0.3mg/24hr patch tdwk)</i>	1	
<i>clonidine hcl (0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet)</i>	1	
<i>droxidopa (100 mg capsule, 200 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>guanfacine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	1	
<i>methyldopa (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	
<i>midodrine hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
NORTHERA (100 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	1	PA

Alpha-adrenergic Blocking Agents

<i>phenoxybenzamine hcl 10 mg capsule</i>	1
<i>prazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule)</i>	1

Angiotensin II Receptor Antagonists

<i>candesartan cilexetil (4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tablet, 32 mg tablet)</i>	1
<i>irbesartan (75 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1
<i>losartan potassium (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1
<i>olmesartan medoxomil (5 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	1
<i>telmisartan (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	1
<i>valsartan (40 mg tablet, 80 mg tablet, 160 mg tablet, 320 mg tablet)</i>	1

Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors

<i>benazepril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	1
---	---

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>captopril (12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
<i>enalapril maleate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
<i>fosinopril sodium (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	1	
<i>lisinopril (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	1	
<i>moexipril hcl (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	1	
<i>perindopril erbumine (2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet)</i>	1	
<i>quinapril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	1	
<i>ramipril (1.25 mg capsule, 2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	1	
<i>trandolapril (1 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	1	
Antiarrhythmics		
<i>amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	1	
<i>digoxin (50 mcg/ml solution, 125 mcg tablet, 250 mcg tablet, 250 mcg/ml ampul)</i>	1	
<i>disopyramide phosphate (100 mg capsule, 150 mg capsule)</i>	1	
<i>dofetilide (125 mcg capsule, 250 mcg capsule, 500 mcg capsule)</i>	1	
<i>flecainide acetate (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
LANOXIN 62.5 MCG TABLET	1	
<i>mexiletine hcl (150 mg capsule, 200 mg capsule, 250 mg capsule)</i>	1	
NORPACE CR (CR 100 MG CAPSULE, CR 150 MG CAPSULE)	1	
PACERONE (100 MG TABLET, 400 MG TABLET)	1	
<i>propafenone hcl (150 mg tablet, 225 mg cap er 12h, 225 mg tablet, 300 mg tablet, 325 mg cap er 12h, 425 mg cap er 12h)</i>	1	
<i>quinidine gluconate 324 mg tablet er</i>	1	
<i>quinidine sulfate (200 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1	
<i>sotalol hcl (80 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet, 240 mg tablet)</i>	1	
Beta-adrenergic Blocking Agents		
<i>acebutolol hcl (200 mg capsule, 400 mg capsule)</i>	1	
<i>atenolol (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
<i>betaxolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
BYSTOLIC (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	
<i>carvedilol (3.125 mg tablet, 6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	1	
<i>carvedilol phosphate (10 mg cpmp 24hr, 20 mg cpmp 24hr, 40 mg cpmp 24hr, 80 mg cpmp 24hr)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>labetalol hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1	
<i>metoprolol succinate (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h, 100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h)</i>	1	
<i>metoprolol tartrate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
<i>nadolol (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	1	
<i>nebivolol hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
<i>pindolol (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
<i>propranolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg/5 ml solution, 40 mg tablet, 40mg/5ml solution, 60 mg cap sa 24h, 60 mg tablet, 80 mg cap sa 24h, 80 mg tablet, 120 mg cap sa 24h, 160 mg cap sa 24h)</i>	1	

Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines

<i>amlodipine besylate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
<i>felodipine (2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h, 10 mg tab er 24h)</i>	1	
<i>nicardipine hcl (20 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	1	
<i>nifedipine (30 mg tab er 24, 30 mg tablet er, 60 mg tab er 24, 60 mg tablet er, 90 mg tab er 24, 90 mg tablet er)</i>	1	
<i>nimodipine 30 mg capsule</i>	1	
<i>nisoldipine (8.5mg tab er 24h, 17 mg tab er 24h, 20 mg tab er 24h, 25.5 mg tab er 24h, 30 mg tab er 24h, 34 mg tab er 24h, 40 mg tab er 24h)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
NYMALIZE (30 MG/10 ML SOLUTION, 30 MG/5 ML ORAL SYRNG, 60 MG/10 ML ORAL SYRN, 60 MG/10 ML SOLUTION, 60 MG/20 ML SOLUTION)	1	

Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines

<i>diltiazem hcl (30 mg tablet, 60 mg cap er 12h, 60 mg tablet, 90 mg cap er 12h, 90 mg tablet, 120 mg cap er 12h, 120 mg cap er 24h, 120 mg cap er deg, 120 mg cap sa 24h, 120 mg tablet, 180 mg cap er 24h, 180 mg cap er deg, 180 mg cap sa 24h, 180 mg tab er 24h, 240 mg cap er 24h, 240 mg cap er deg, 240 mg cap sa 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg cap er 24h, 300 mg cap sa 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg cap er 24h, 360 mg cap sa 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg cap sa 24h, 420 mg tab er 24h)</i>	1	
--	---	--

<i>verapamil hcl (40 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg cap24h pct, 120 mg cap24h pel, 120 mg tablet, 120 mg tablet er, 180 mg cap24h pel, 180 mg tablet er, 200 mg cap24h pct, 240 mg cap24h pel, 240 mg tablet er, 300 mg cap24h pct, 360 mg cap24h pel)</i>	1	
---	---	--

Cardiovascular Agents, Other

<i>acetazolamide (125 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	1	
ALDACTAZIDE 50-50 TABLET	1	
<i>aliskiren hemifumarate (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide 5 mg-50 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
amlodipine besylate/atorvastatin calcium (amlodipine/atorvastatin 2.5mg-10mg tablet, amlodipine/atorvastatin 2.5mg-20mg tablet, amlodipine/atorvastatin 2.5mg-40mg tablet, amlodipine/atorvastatin 5 mg-10 mg tablet, amlodipine/atorvastatin 5 mg-20 mg tablet, amlodipine/atorvastatin 5 mg-40 mg tablet, amlodipine/atorvastatin 5 mg-80 mg tablet, amlodipine/atorvastatin 10 mg-10mg tablet, amlodipine/atorvastatin 10 mg-20mg tablet, amlodipine/atorvastatin 10 mg-40mg tablet, amlodipine/atorvastatin 10 mg-80mg tablet)	1	
amlodipine besylate/benazepril hcl (besylate/benazepril 2.5mg-10mg capsule, besylate/benazepril 5 mg-10 mg capsule, besylate/benazepril 5 mg-20 mg capsule, besylate/benazepril 5 mg-40 mg capsule, besylate/benazepril 10 mg-20mg capsule, besylate/benazepril 10 mg-40mg capsule)	1	
amlodipine besylate/valsartan (besylate/valsartan 5 mg-160mg tablet, besylate/valsartan 5 mg-320mg tablet, besylate/valsartan 10mg-160mg tablet, besylate/valsartan 10mg-320mg tablet)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
amlodipine besylate/valsartan/hydrochlorothiazide (amlodipine/valsartan/hcthiiazid 5-160-12.5 tablet, amlodipine/valsartan/hcthiiazid 5-160-25mg tablet, amlodipine/valsartan/hcthiiazid 10-160-25 tablet, amlodipine/valsartan/hcthiiazid 10-320-25 tablet, amlodipine/valsartan/hcthiiazid 10mg-160mg tablet)	1	
atenolol/chlorthalidone (atenolol/chlorthalidone 50 mg-25mg tablet, atenolol/chlorthalidone 100mg-25mg tablet)	1	
benazepril hcl/hydrochlorothiazide (benazepril/hydrochlorothiazide 5-6.25mg tablet, benazepril/hydrochlorothiazide 10-12.5mg tablet, benazepril/hydrochlorothiazide 20 mg-25mg tablet, benazepril/hydrochlorothiazide 20-12.5 mg tablet)	1	
bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide (bisoprolol/hydrochlorothiazide 2.5-6.25mg tablet, bisoprolol/hydrochlorothiazide 5-6.25mg tablet, bisoprolol/hydrochlorothiazide 10-6.25mg tablet)	1	
candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide (candesartan/hydrochlorothiazid 16-12.5mg tablet, candesartan/hydrochlorothiazid 32-12.5mg tablet, candesartan/hydrochlorothiazid 32mg-25mg tablet)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>captopril/hydrochlorothiazide (captopril/hydrochlorothiazide 25 mg-15mg tablet, captopril/hydrochlorothiazide 25 mg-25mg tablet, captopril/hydrochlorothiazide 50 mg-15mg tablet, captopril/hydrochlorothiazide 50 mg-25mg tablet)</i>	1	
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLN	1	PA, QL (450 PER 30 DAYS)
CORLANOR (5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
DEMSER 250 MG CAPSULE	1	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide (enalapril/hydrochlorothiazide 5mg-12.5mg tablet, enalapril/hydrochlorothiazide 10 mg-25mg tablet)</i>	1	
ENTRESTO (24 MG-26 MG TABLET, 49 MG-51 MG TABLET, 97 MG-103 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide (fosinopril/hydrochlorothiazide 10-12.5mg tablet, fosinopril/hydrochlorothiazide 20-12.5 mg tablet)</i>	1	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide (irbesartan/hydrochlorothiazide 150-12.5mg tablet, irbesartan/hydrochlorothiazide 300-12.5mg tablet)</i>	1	
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide (lisinopril/hydrochlorothiazide 10-12.5mg tablet, lisinopril/hydrochlorothiazide 20 mg-25mg tablet, lisinopril/hydrochlorothiazide 20-12.5 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide (losartan/hydrochlorothiazide 50- 12.5 mg tablet, losartan/hydrochlorothiazide 100-12.5mg tablet, losartan/hydrochlorothiazide 100mg-25mg tablet)</i>	1	
<i>methyldopa/hydrochlorothiazide (methyldopa/hydrochlorothiazide 250mg-15mg tablet, methyldopa/hydrochlorothiazide 250mg-25mg tablet)</i>	1	
<i>metoprolol tartrate/hydrochlorothiazide (metoprolol/hydrochlorothiazide 50 mg-25mg tablet, metoprolol/hydrochlorothiazide 100mg-25mg tablet, metoprolol/hydrochlorothiazide 100mg-50mg tablet)</i>	1	
<i>metyrosine 250 mg capsule</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide (olmesartan/hydrochlorothiazide 20-12.5 mg tablet, olmesartan/hydrochlorothiazide 40 mg-25mg tablet, olmesartan/hydrochlorothiazide 40-12.5 mg tablet)</i>	1	
<i>pentoxifylline 400 mg tablet er</i>	1	
<i>propranolol hcl/hydrochlorothiazide (propranolol/hydrochlorothiazid 40 tablet, propranolol/hydrochlorothiazid 80 tablet)</i>	1	
<i>quinapril hcl/hydrochlorothiazide (quinapril/hydrochlorothiazide 10-12.5mg tablet, quinapril/hydrochlorothiazide 20 mg-25mg tablet, quinapril/hydrochlorothiazide 20- 12.5 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>ranolazine (500 mg tab er 12h, 1000 mg tab er 12h)</i>	1	
<i>spironolact/hydrochlorothiazid 25 mg-25mg tablet</i>	1	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide (telmisartan/hydrochlorothiazid 40-12.5 mg tablet, telmisartan/hydrochlorothiazid 80 mg-25mg tablet, telmisartan/hydrochlorothiazid 80-12.5mg tablet)</i>	1	
<i>trandolapril/verapamil hcl (trandolapril/verapamil 1mg-240 mg tab bp 24h, trandolapril/verapamil 2 mg-180mg tab bp 24h, trandolapril/verapamil 2mg-240 mg tab bp 24h, trandolapril/verapamil 4mg-240 mg tab bp 24h)</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide (triamterene/hydrochlorothiazid 37.5-25 mg capsule, triamterene/hydrochlorothiazid 37.5-25 mg tablet, triamterene/hydrochlorothiazid 75 mg-50mg tablet)</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide (valsartan/hydrochlorothiazide 80-12.5mg tablet, valsartan/hydrochlorothiazide 160-12.5mg tablet, valsartan/hydrochlorothiazide 160mg-25mg tablet, valsartan/hydrochlorothiazide 320-12.5mg tablet, valsartan/hydrochlorothiazide 320mg-25mg tablet)</i>	1	
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
Diuretics, Loop		
<i>bumetanide (0.25 mg/ml vial, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>ethacrynic acid 25 mg tablet</i>	1	
<i>furosemide (10 mg/ml solution, 10 mg/ml syringe, 10 mg/ml vial, 20 mg tablet, 40 mg tablet, 40mg/5ml solution, 80 mg tablet)</i>	1	
<i>torsemide (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
Diuretics, Potassium-sparing		
<i>amiloride hcl 5 mg tablet</i>	1	
<i>eplerenone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	
<i>spironolactone (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	
Diuretics, Thiazide		
<i>chlorothiazide (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	
<i>chlorthalidone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	
DIURIL 250 MG/5 ML ORAL SUSP	1	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg capsule, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	
<i>indapamide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	1	
<i>metolazone (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
Dyslipidemics, Fibrin Acid Derivatives		
<i>fenofibrate (40 mg tablet, 54 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet)</i>	1	
<i>fenofibrate nanocrystallized (48 mg tablet, 145 mg tablet, 160 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>fenofibrate, micronized (43 mg capsule, 67 mg capsule, 130 mg capsule, 134 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	1	
<i>fenofibric acid (choline) ((choline) 45 mg capsule dr, (choline) 135 mg capsule dr)</i>	1	
<i>gemfibrozil 600 mg tablet</i>	1	

Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors

<i>atorvastatin calcium (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	1	
<i>fluvastatin sodium (20 mg capsule, 40 mg capsule, 80 mg tablet er 24h)</i>	1	
LIVALO (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET)	1	ST
<i>lovastatin (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	1	
<i>pravastatin sodium (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	1	
<i>simvastatin (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	1	

Dyslipidemics, Other

<i>cholestyramine (with sugar) (sugar) 4 g powd pack, sugar) 4 g powder)</i>	1	
<i>cholestyramine/aspartame (cholestyramine/aspartame 4 g powd pack, cholestyramine/aspartame 4 g powder)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>colesevelam hcl 625 mg tablet</i>	1	
<i>colestipol hcl (1 g tablet, 5 g granules, 5 g packet)</i>	1	
<i>ezetimibe 10 mg tablet</i>	1	
<i>ezetimibe/simvastatin (ezetimibe/simvastatin 10 mg-10mg tablet, ezetimibe/simvastatin 10 mg-20mg tablet, ezetimibe/simvastatin 10 mg-40mg tablet, ezetimibe/simvastatin 10 mg-80mg tablet)</i>	1	
<i>icosapent ethyl 1 g capsule</i>	1	PA
JUXTAPID (20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
JUXTAPID (5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NEXLETOL 180 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>niacin (500 mg tab er 24h, 500 mg tablet, 750 mg tab er 24h, 1000 mg tab er 24h)</i>	1	
<i>omega-3 acid ethyl esters 1 g capsule</i>	1	PA
REPATHA 420 MG/3.5ML PUSHTRONX	1	PA, QL (7 PER 28 DAYS)
REPATHA 140 MG/ML SURECLICK	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
REPATHA 140 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
VASCEPA (0.5 GM CAPSULE, 1 GM CAPSULE)	1	PA

Vasodilators, Direct-acting Arterial

<i>hydralazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1
--	---

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>minoxidil (2.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous		
DILATRATE-SR 40 MG CAPSULE	1	
<i>isosorbide dinitrate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	1	
NITRO-BID 2% OINTMENT	1	
NITRO-DUR (0.3 MG/HR PATCH, 0.8 MG/HR PATCH)	1	
<i>nitroglycerin (0.1mg/hr patch td24, 0.2mg/hr patch td24, 0.3 mg tab sublingual, 0.4 mg tab sublingual, 0.6 mg/hr patch td24, 0.6 mg tab sublingual)</i>	1	
Central Nervous System Agents		
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines		
<i>dextroamphetamine sulfate/amphetamine sulfate (dextroamphetamine/amphetamine 5 mg cap er 24h, dextroamphetamine/amphetamine 10 mg cap er 24h, dextroamphetamine/amphetamine 15 mg cap er 24h, dextroamphetamine/amphetamine 20 mg cap er 24h, dextroamphetamine/amphetamine 25 mg cap er 24h, dextroamphetamine/amphetamine 30 mg cap er 24h)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate (dextroamphetamine/amphetamine 5 mg tablet, dextroamphetamine/amphetamine 7.5 mg tablet, dextroamphetamine/amphetamine 10 mg tablet, dextroamphetamine/amphetamine 12.5 mg tablet, dextroamphetamine/amphetamine 15 mg tablet, dextroamphetamine/amphetamine 20 mg tablet, dextroamphetamine/amphetamine 30 mg tablet)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg capsule er</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 5 mg capsule er</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 5 mg/5 ml solution</i>	1	QL (1800 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (10 mg capsule er, 10 mg tablet)</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 5 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
<i>atomoxetine hcl (18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule, 60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 10 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab er 12h</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hcl (5 mg cpbp 50-50, 10 mg cpbp 50-50, 15 mg cpbp 50-50, 20 mg cpbp 50-50, 25 mg cpbp 50-50, 30 mg cpbp 50-50, 35 mg cpbp 50-50, 40 mg cpbp 50-50)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>dexmethylphenidate hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)</i>	1	
<i>methylphenidate hcl 5 mg/5 ml solution</i>	1	
<i>methylphenidate hcl (10 mg cpbp 30-70, 10 mg cpbp 50-50, 10 mg csbp 40-60, 15 mg csbp 40-60, 18 mg tab er 24, 20 mg cpbp 30-70, 20 mg cpbp 50-50, 20 mg csbp 40-60, 27 mg tab er 24, 30 mg cpbp 30-70, 30 mg cpbp 50-50, 30 mg csbp 40-60, 40 mg cpbp 30-70, 40 mg cpbp 50-50, 40 mg csbp 40-60, 50 mg cpbp 30-70, 50 mg csbp 40-60, 54 mg tab er 24, 60 mg cpbp 30-70, 60 mg cpbp 50-50, 60 mg csbp 40-60, 72 mg tab er 24)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 36 mg tab er 24</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (2.5 mg tab chew, 5 mg tab chew, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg tablet er)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (10 mg tab chew, 10 mg tablet er)</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)

Central Nervous System, Other

AUSTEDO (6 MG TABLET, 9 MG TABLET, 12 MG TABLET)	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>butalbital/acetaminophen 50mg-325mg tablet</i>	1	PA
<i>butalb/acetaminophen/cafeine 50-325-40 tablet</i>	1	PA
<i>butalbital/aspirin/cafeine 50-325-40 capsule</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
EXSERVAN 50 MG FILM	1	PA
FIRDAPSE 10 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
INGREZZA (60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
INGREZZA 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
INGREZZA INITIATION PACK	1	PA, QL (56 PER 365 OVER TIME)
NUDEXTA 20-10 MG CAPSULE	1	PA
RADICAVA 30 MG/100 ML BAG	1	PA
<i>riluzole 50 mg tablet</i>	1	PA
RUZURGI 10 MG TABLET	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>tetrabenazine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	1	PA
TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP	1	PA

Fibromyalgia Agents

<i>pregabalin (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule, 200 mg capsule, 225 mg capsule)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin 300 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	1	QL (900 PER 30 DAYS)
SAVELLA TITRATION PACK	1	QL (110 PER 365 OVER TIME)
SAVELLA (12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Multiple Sclerosis Agents

AVONEX PREFILLED SYR 30 MCG KT	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML KIT	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
BAFIERTAM DR 95 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
BETASERON (0.3 MG KIT, 0.3 MG VIAL)	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>dalfampridine 10 mg tab er 12h</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dimethyl fumarate (120 mg capsule dr, 240 mg capsule dr)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dimethyl fumarate 120-240 mg capsule dr</i>	1	PA, QL (120 PER 365 OVER TIME)
EXTAVIA (0.3 MG KIT, 0.3 MG VIAL)	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
GILENYA (0.25 MG CAPSULE, 0.5 MG CAPSULE)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
KESIMPTA 20 MG/0.4 ML PEN	1	PA, QL (0.4 PER 28 DAYS)
MAVENCLAD (10 MG 10 TABLET PK, 10 MG 4 TABLET PK, 10 MG 5 TABLET PK, 10 MG 6 TABLET PK, 10 MG 7 TABLET PK, 10 MG 8 TABLET PK, 10 MG 9 TABLET PK)	1	PA
MAYZENT 0.25 MG STARTER PACK	1	PA, QL (24 PER 365 OVER TIME)
MAYZENT 0.25 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
MAYZENT 2 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>mitoxantrone hcl 2 mg/ml vial</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
OCREVUS 300 MG/10 ML VIAL	1	PA, QL (40 PER 365 OVER TIME)
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SYRING	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
PLEGRIDY SYRINGE STARTER PACK	1	PA, QL (4 PER 365 OVER TIME)
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML PEN	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
PLEGRIDY PEN INJ STARTER PACK	1	PA, QL (2 PER 365 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
REBIF (22 MCG/0.5 ML SYRINGE, 44 MCG/0.5 ML SYRINGE)	1	PA, QL (6 PER 28 DAYS)
REBIF TITRATION PACK	1	PA, QL (8.4 PER 365 OVER TIME)
REBIF REBIDOSE (22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML)	1	PA, QL (6 PER 28 DAYS)
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	1	PA, QL (8.4 PER 365 OVER TIME)
TECFIDERA (DR 120 MG CAPSULE, DR 240 MG CAPSULE)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TECFIDERA STARTER PACK	1	PA, QL (120 PER 365 OVER TIME)
TYSABRI 300 MG/15 ML VIAL	1	PA
VUMERITY DR 231 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ZEPOSIA 0.23-0.46 MG START PCK	1	PA, QL (14 PER 365 OVER TIME)
ZEPOSIA 0.23-0.46-0.92 MG KIT	1	PA, QL (74 PER 365 OVER TIME)
ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Dental and Oral Agents

<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % mouthwash</i>	1	
<i>doxycycline hyclate 20 mg tablet</i>	1	
<i>lidocaine hcl 2 % solution</i>	1	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste (g)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Dermatological Agents		
Acne and Rosacea Agents		
<i>acitretin (10 mg capsule, 17.5 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	1	
<i>adapalene (0.1 % cream (g), 0.1 % gel (gram), 0.3 % gel (gram), 0.3 % gel w/pump)</i>	1	
<i>adapalene/benzoyl peroxide 0.1 %-2.5% gel w/pump</i>	1	
AVITA (CREAM, GEL)	1	PA
<i>azelaic acid 15 % gel (gram)</i>	1	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide (phos/benzoyl 1 %-5 % gel (gram), phos/benzoyl 1 %-5 % gel w/pump, phos/benzoyl 1.2(1)%-5% gel (gram))</i>	1	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide 3 %-5 % gel (gram)</i>	1	
FINACEA 15% FOAM	1	
<i>isotretinoin (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	1	PA
<i>metronidazole (0.75 % cream (g), 0.75 % gel (gram), 0.75 % lotion, 1 % gel (gram), 1 % gel w/pump)</i>	1	
MIRVASO (GEL, GEL PUMP)	1	PA
<i>tazarotene 0.1 % cream (g)</i>	1	
<i>tretinoin (0.01 % gel (gram), 0.025 % cream (g), 0.025 % gel (gram), 0.05 % cream (g), 0.05 % gel (gram), 0.1 % cream (g))</i>	1	PA
<i>tretinoin microspheres (0.04 % gel (gram), 0.04 % gel w/pump, 0.1 % gel (gram), 0.1 % gel w/pump)</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Dermatitis and Pruitus Agents		
<i>alclometasone dipropionate (0.05 % cream (g), 0.05 % oint. (g))</i>	1	
<i>ammonium lactate (12 % cream (g), 12 % lotion)</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream (g), 0.05 % gel (gram), 0.05 % lotion, 0.05 % oint. (g))</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate/propylene glycol (betamethasone/propylene 0.05 % cream (g), betamethasone/propylene 0.05 % lotion, betamethasone/propylene 0.05 % oint. (g))</i>	1	
<i>betamethasone valerate (0.1 % cream (g), 0.1 % lotion, 0.1 % oint. (g))</i>	1	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream (g), 0.05 % gel (gram), 0.05 % lotion, 0.05 % oint. (g), 0.05 % solution, 0.05 % spray)</i>	1	
<i>clobetasol propionate/emollient base (propionate/emoll 0.05 % cream (g), propionate/emoll 0.05 % foam)</i>	1	
CORDRAN 0.025% CREAM	1	
<i>desonide (0.05 % cream (g), 0.05 % gel (gram), 0.05 % lotion, 0.05 % oint. (g))</i>	1	
<i>desoximetasone (0.25 % cream (g), 0.25 % oint. (g))</i>	1	
EUCRISA 2% OINTMENT	1	PA
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream (g), 0.01 % solution, 0.025 % cream (g), 0.025 % oint. (g))</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>fluocinonide 0.1 % cream (g)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluocinonide (0.05 % cream (g), 0.05 % gel (gram), 0.05 % oint. (g), 0.05 % solution)</i>	1	
<i>fluocinonide/emollient base 0.05 % cream (g)</i>	1	
<i>fluticasone propionate (0.005 % oint. (g), 0.05 % cream (g))</i>	1	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream (g), 0.05 % oint. (g))</i>	1	
HALOG 0.1% SOLUTION	1	
<i>hydrocortisone (2.5 % cream (g), 2.5 % crm/pe app, 2.5 % lotion, 2.5 % oint. (g))</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate (0.1 % cream (g), 0.1 % oint. (g), 0.1 % solution)</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % cream (g)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % oint. (g)</i>	1	
<i>mometasone furoate (0.1 % cream (g), 0.1 % oint. (g), 0.1 % solution)</i>	1	
<i>pimecrolimus 1 % cream (g)</i>	1	
<i>prednicarbate (0.1 % cream (g), 0.1 % oint. (g))</i>	1	
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	1	
<i>tacrolimus (0.03 % oint. (g), 0.1 % oint. (g))</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide (0.025 % cream (g), 0.025 % lotion, 0.025 % oint. (g), 0.05 % oint. (g), 0.1 % cream (g), 0.1 % lotion, 0.1 % oint. (g), 0.5 % cream (g), 0.5 % oint. (g))</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Dermatological Agents, Other		
<i>calcipotriene (0.005 % cream (g), 0.005 % oint. (g))</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>calcipotriene 0.005 % solution</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate (clotrimazole/betamethasone 1 % cream (g), clotrimazole/betamethasone 1 % lotion)</i>	1	
<i>diclofenac sodium 3 % gel (gram)</i>	1	
DUOBRII 0.01%-0.045% LOTION	1	PA
FLUOROPLEX 1% CREAM	1	
<i>fluorouracil (0.5 % cream (g), 2 % solution, 5 % cream (g), 5 % solution)</i>	1	
<i>hydrocortisone/pramoxine 1 %-1 % cream/appl</i>	1	
<i>imiquimod 5 % cream pack</i>	1	
KLISYRI 1% OINTMENT PACKET	1	ST
<i>methoxsalen 10 mg cap lq rap</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone acetonide (nystatin/triamcin 100000-0.1 cream (g), nystatin/triamcin 100000-0.1 oint. (g))</i>	1	
OTEZLA 30 MG TABLET	1	PA
PICATO (0.015% GEL, 0.05% GEL)	1	
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	1	
SANTYL OINTMENT	1	
<i>silver sulfadiazine 1 % cream (g)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
SSD 1% CREAM	1	
Pediculicides/Scabicides		
<i>crotamiton 10 % lotion</i>	1	
<i>ivermectin 1 % cream (g)</i>	1	
<i>lindane 1 % shampoo</i>	1	
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	1	
<i>permethrin 5 % cream (g)</i>	1	
Topical Anti-infectives		
<i>acyclovir 5 % oint. (g)</i>	1	
BACTROBAN NASAL 2% OINTMENT	1	
<i>ciclopirox (0.77 % gel (gram), 1 % shampoo)</i>	1	
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	1	PA
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream (g), 0.77 % suspension)</i>	1	
<i>clindamycin phosphate 1 % solution</i>	1	
<i>dapsone 5 % gel (gram)</i>	1	
DENAVIR 1% CREAM	1	
<i>erythromycin base in ethanol (2 % gel (gram), 2 % med. swab, 2 % solution)</i>	1	
<i>mupirocin 2 % oint. (g)</i>	1	
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
Electrolyte/Mineral Replacement		
<i>0.9 % sodium chloride (0.9 % pggbyk prt, 0.9 % pgy vl prt, 0.9 % 0.9 % ampul, 0.9 % 0.9 % iv soln, 0.9 % 0.9 % vial)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
AMINOSYN II (10% IV SOLUTION, 15% IV SOLUTION)	1	PA - Part B vs D Determination
AMINOSYN-PF 10% IV SOLUTION	1	PA - Part B vs D Determination
CARBAGLU 200 MG DISPER TABLET	1	
CLINISOL 15% SOLUTION	1	PA - Part B vs D Determination
<i>dextrose 5 %-0.45 % sod chlrd 5 %-0.45 % iv soln</i>	1	
<i>dextrose 5 % and 0.9 % nacl 5 %-0.9 % iv soln</i>	1	
<i>dextrose 5 % in water (5 % in pggybk prt, 5 % in pgy vl prt, 5 % in 5 % iv soln, 5 % in 5 % vial)</i>	1	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET	1	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET	1	
KLOR-CON M15 TABLET	1	
<i>parenteral amino acid 15% no.1 15 % iv soln</i>	1	PA - Part B vs D Determination
PLENAMINE 15% SOLUTION	1	PA - Part B vs D Determination
<i>potassium chloride (8 meq capsule er, 8 meq tablet er, 10 meq capsule er, 10 meq tab er prt, 10 meq tablet er, 15 meq tab er prt, 20 meq packet, 20 meq tab er prt, 20 meq tablet er, 20meq/15ml liquid, 40meq/15ml liquid)</i>	1	
<i>potassium citrate (5 tablet er, 10 tablet er)</i>	1	
<i>ringer's solution,lactated iv soln</i>	1	
<i>sodium chloride 0.45 % (0.45 % pggybk prt, 0.45 % 0.45 % iv soln)</i>	1	
<i>sodium chloride 3 % 3 % iv soln</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
SODIUM FLUORIDE 2.2 MG (FLUORIDE ION 1 MG) ORAL TABLET	1	
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
<i>deferasirox (90 mg gran pack, 90 mg tablet, 125 mg tab disper, 180 mg gran pack, 180 mg tablet, 250 mg tab disper, 360 mg gran pack, 360 mg tablet, 500 mg tab disper)</i>	1	PA
<i>deferiprone 500 mg tablet</i>	1	PA
FERRIPROX (100 MG/ML SOLUTION, 500 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	1	PA
FERRIPROX 1,000 MG TAB(2X/DAY)	1	PA
FERRIPROX 1,000 MG TAB(3X/DAY)	1	PA
JADENU SPRINKLE (90 MG GRANULE, 180 MG GRANULE, 360 MG GRANULE)	1	PA
JYNARQUE 15 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JYNARQUE 30 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
JYNARQUE (15 MG-15 MG TABLET, 30 MG-15 MG TABLET, 45 MG-15 MG TABLET, 60 MG-30 MG TABLET, 90 MG-30 MG TABLET)	1	QL (56 PER 28 DAYS)
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	1	
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i>	1	PA
Phosphate Binders		
AURYXIA 210 MG TABLET	1	PA
<i>calcium acetate (667 mg capsule, 667 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>lanthanum carbonate (500 mg tab chew, 750 mg tab chew, 1000 mg tab chew)</i>	1	
<i>sevelamer carbonate (0.8 g powd pack, 2.4 g powd pack, 800 mg tablet)</i>	1	
<i>sevelamer hcl (400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	1	
VELPHORO 500 MG CHEWABLE TAB	1	

Potassium Binders

<i>sodium polystyrene sulfonate (15 g/60 ml oral susp, 30 g/120ml enema, 50 g/200ml enema)</i>	1	
<i>sodium polystyrene sulfon/sorb 15 g/60 ml oral susp</i>	1	
SPS (15 GM/60 ML SUSPENSION, 30 GM/120 ML ENEMA SUSP)	1	
VELTASSA (8.4 GM POWDER PACKET, 16.8 GM POWDER PACKET, 25.2 GM POWDER PACKET)	1	

Vitamins

DERMACINRX PRENATRIX CAPLET	1	
DERMACINRX PRENATRYL CAPLET	1	
NEONATAL-DHA COMBO PACK	1	
PNV TABS 20-1 TABLET	1	
PREGEN DHA SOFTGEL	1	
PRENATAL VITAMINS	1	
<i>pnv,calcium 72/iron/folic acid 27 mg-1 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Gastrointestinal Agents		
Anti-Constipation Agents		
AMITIZA (8 MCG CAPSULE, 24 MCG CAPSULES)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lactulose (10 g/15 ml solution, 20 g/30 ml solution)</i>	1	
LINZESS (72 MCG CAPSULE, 145 MCG CAPSULE, 290 MCG CAPSULE)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lubiprostone (8 mcg capsule, 24mcg capsule)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE	1	ST, QL (12 PER 30 DAYS)
RELISTOR 150 MG TABLET	1	ST, QL (90 PER 30 DAYS)
RELISTOR (12 MG/0.6 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML VIAL)	1	ST, QL (18 PER 30 DAYS)
Anti-Diarrheal Agents		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	PA
<i>diphenoxylate hcl/atropine 2.5-.025mg tablet</i>	1	
<i>loperamide hcl 2 mg capsule</i>	1	
XERMELO 250 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Antispasmodics, Gastrointestinal		
CUVPOSA 1 MG/5 ML SOLUTION	1	
<i>dicyclomine hcl (10 mg capsule, 20 mg tablet)</i>	1	
GLYCATE 1.5 MG TABLET	1	
<i>glycopyrrolate (1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	1	
<i>methscopolamine bromide (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Gastrointestinal Agents, Other		
CHENODAL 250 MG TABLET	1	PA
CLENPIQ SOLUTION	1	
GATTEX (5 MG 30-VIAL KIT, 5 MG ONE-VIAL KIT)	1	PA
GIMOTI 15 MG NASAL SPRAY	1	ST
<i>loperamide hcl 1mg/7.5ml liquid</i>	1	
<i>metoclopramide hcl (5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tablet, 10 mg/10ml solution)</i>	1	
MYALEPT 11.3 MG (5 MG/ML) VIAL	1	PA
OCALIVA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>opium tincture 10 mg/ml tincture</i>	1	
<i>peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride (peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl 236-22.74g soln recon, peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl 240-22.72g soln recon)</i>	1	
<i>peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c 7.5-2.691g powd pack</i>	1	
RECTIV 0.4% OINTMENT	1	
<i>sodium chloride/nahco3/kcl/peg 420g soln recon</i>	1	
SUPREP BOWEL PREP KIT	1	
<i>ursodiol (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	
XIFAXAN (200 MG TABLET, 550 MG TABLET)	1	PA
ZORBTIVE 8.8 MG VIAL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists		
<i>famotidine (20 mg tablet, 40 mg tablet, 40mg/5ml susp recon)</i>	1	
<i>nizatidine (150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	1	
Protectants		
<i>misoprostol (100 mcg tablet, 200 mcg tablet)</i>	1	
<i>sucralfate (1 g tablet, 1 g/10 ml oral susp)</i>	1	
Proton Pump Inhibitors		
<i>esomeprazole magnesium (10 mg suspdr pkt, 20 mg capsule dr, 20 mg suspdr pkt, 40 mg capsule dr, 40 mg suspdr pkt)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lansoprazole (15 mg capsule dr, 30 mg capsule dr)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>omeprazole (10 mg capsule dr, 20 mg capsule dr, 40 mg capsule dr)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pantoprazole sodium (20 mg tablet dr, 40 mg granpkt dr, 40 mg tablet dr)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>rabeprazole sodium 20 mg tablet dr</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
ALDURAZyme 2.9 MG/5 ML VIAL	1	PA
ARALAST NP (500 MG VIAL, 1,000 MG VIAL)	1	PA
CERDELGA 84 MG CAPSULE	1	PA
CEREZYME 400 UNIT VIAL	1	PA
CHOLBAM (50 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
CREON (DR 3,000 UNIT CAPSULE, DR 6,000 UNIT CAPSULE, DR 12,000 UNIT CAPSULE, DR 24,000 UNIT CAPSULE, DR 36,000 UNIT CAPSULE)	1	
<i>cromolyn sodium 20 mg/ml oral conc</i>	1	
CYSTAGON (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	1	
ELAPRASE 6 MG/3 ML VIAL	1	PA
ENDARI 5 GRAM POWDER PACKET	1	PA
EVRYSDI 60 MG/80 ML(0.75MG/ML)	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
FABRAZYME 35 MG VIAL	1	PA
GALAFOLD 123 MG CAPSULE	1	PA, QL (14 PER 28 DAYS)
GLASSIA 1 GM/50 ML VIAL	1	PA
KANUMA 20 MG/10 ML VIAL	1	PA
KEVEYIS 50 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
KUVAN (100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET, 500 MG POWDER PACKET)	1	PA
LUMIZYME 50 MG VIAL	1	PA
<i>miglustat 100 mg capsule</i>	1	PA
NAGLAZYME 5 MG/5 ML VIAL	1	PA
<i>nitisinone (2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	1	
NITYR (2 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	
ONPATTRO 10 MG/5 ML VIAL	1	PA
ORFADIN (4 MG/ML SUSPENSION, 20 MG CAPSULE)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
PROCYSBI (DR 25 MG CAPSULE, DR 75 MG CAPSULE)	1	PA
PROLASTIN C (MG VIAL, MG/20 ML VL)	1	PA
RAVICTI 1.1 GRAM/ML LIQUID	1	PA
REVCovi 2.4 MG/1.5 ML VIAL	1	PA
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg powd pack, 100 mg tablet sol, 500 mg powd pack)</i>	1	PA
<i>sodium phenylbutyrate 0.94 g/g powder</i>	1	
STRENSIQ (18 MG/0.45 ML VIAL, 28 MG/0.7 ML VIAL, 40 MG/ML VIAL, 80 MG/0.8 ML VIAL)	1	PA
TEGSEDI 284 MG/1.5 ML SYRINGE	1	PA
VIMIZIM 5 MG/5 ML VIAL	1	PA
VPRIV 400 UNITS VIAL	1	PA
VYNDAQEL 20 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XURIDEN GRANULE PACKET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ZEMAIRA 1,000 MG VIAL	1	PA
ZENPEP (DR 3,000 UNIT CAPSULE, DR 5,000 UNIT CAPSULE, DR 10,000 UNIT CAPSULE, DR 15,000 UNIT CAPSULE, DR 20,000 UNIT CAPSULE, DR 25,000 UNIT CAPSULE, DR 40,000 UNIT CAPSULE)	1	

Genitourinary Agents

Antispasmodics, Urinary

<i>darifenacin hydrobromide (7.5 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h)</i>	1
---	---

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>flavoxate hcl 100 mg tablet</i>	1	
MYRBETRIQ (ER 8 MG/ML SUSP, ER 25 MG TABLET, ER 50 MG TABLET)	1	
<i>oxybutynin chloride (5 mg tab er 24, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml syrup, 10 mg tab er 24, 15 mg tab er 24)</i>	1	
<i>solifenacin succinate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
<i>tolterodine tartrate (1 mg tablet, 2 mg cap er 24h, 2 mg tablet, 4 mg cap er 24h)</i>	1	
<i>tropium chloride (20 mg tablet, 60 mg cap er 24h)</i>	1	

Benign Prostatic Hypertrophy Agents

<i>alfuzosin hcl 10 mg tab er 24h</i>	1	
<i>doxazosin mesylate (1 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet)</i>	1	
<i>dutasteride 0.5 mg capsule</i>	1	
<i>finasteride 5 mg tablet</i>	1	
<i>silodosin (4 mg capsule, 8 mg capsule)</i>	1	
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg capsule</i>	1	
<i>terazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	1	

Genitourinary Agents, Other

<i>acetic acid 0.25 % irrig soln</i>	1	
<i>bethanechol chloride (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	
D-PENAMINE 125 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
ELMIRON 100 MG CAPSULE	1	
<i>penicillamine 250 mg tablet</i>	1	
THIOLA EC (EC 100 MG TABLET, EC 300 MG TABLET)	1	

Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)

ACTHAR GEL 400 UNIT/5 ML VIAL	1	PA
<i>cortisone acetate 25 mg tablet</i>	1	
<i>dexamethasone (0.5 mg tablet, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml drops, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet)</i>	1	
EMFLAZA (6 MG TABLET, 18 MG TABLET, 22.75 MG/ML ORAL SUSP, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET)	1	PA
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tablet</i>	1	
<i>hydrocortisone (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
<i>methylprednisolone (4 mg tab ds pk, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tablet, 32 mg tablet)</i>	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml solution</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate (5 mg/5 ml solution, 10 mg/5 ml solution, 15 mg/5 ml solution, 20 mg/5 ml solution, 25 mg/5 ml solution)</i>	1	
<i>prednisone (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tab ds pk, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tab ds pk, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
RAYOS (DR 1 MG TABLET, DR 2 MG TABLET, DR 5 MG TABLET)	1	

Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)

<i>desmopressin acetate (0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 4 mcg/ml ampul, 4 mcg/ml vial, 10/spray spray/pump)</i>	1	
EGRIFTA SV 2 MG VIAL	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GENOTROPIN (MINIQUICK 0.2 MG, MINIQUICK 0.4 MG, MINIQUICK 0.6 MG, MINIQUICK 0.8 MG, MINIQUICK 1 MG, MINIQUICK 1.2 MG, MINIQUICK 1.4 MG, MINIQUICK 1.6 MG, MINIQUICK 1.8 MG, MINIQUICK 2 MG, 5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE)	1	PA
INCRELEX 40 MG/4 ML VIAL	1	PA
STIMATE 1.5 MG/ML NASAL SPRAY	1	

Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Prostaglandins)

KORLYM 300 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
----------------------	---	--------------------------

Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)

Anabolic Steroids

ANADROL-50 TABLET	1	PA
<i>oxandrolone 10 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>oxandrolone 2.5 mg tablet</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)

Androgens

ANDRODERM (2 MG/24HR PATCH, 4 MG/24HR PATCH)	1	PA
--	---	----

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>danazol (50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	1	
<i>testosterone (12.5/1.25g gel md pmp, 20.25/1.25 gel md pmp, 25mg(1%) gel packet, 50 mg (1%) gel (gram), 50 mg (1%) gel packet)</i>	1	PA
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml vial, 200 mg/ml vial)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate 200 mg/ml vial</i>	1	PA

Estrogens

CLIMARA PRO PATCH	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.03 tablet, 7 days x 3 tablet)</i>	1	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol 21-5 (28) tablet</i>	1	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium (drospir/eth estra/levomefol 3-0.02(24) tablet, drospir/eth estra/levomefol 3-0.03(21) tablet)</i>	1	
ELESTRIN 0.06% GEL	1	
<i>estradiol (0.01 % cream/appl, .025mg/24h patch tds, .025mg/24h patch tdk, .0375mg/24 patch tds, .0375mg/24 patch tdk, 0.05mg/24h patch tds, 0.05mg/24h patch tdk, 0.06mg/24h patch tdk, .075mg/24h patch tds, .075mg/24h patch tdk, 0.1mg/24hr patch tds, 0.1mg/24hr patch tdk, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg tablet)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>estradiol valerate (20 mg/ml vial, 40 mg/ml vial)</i>	1	
<i>estradiol/norethindrone acetate (estradiol/norethindrone 0.5-0.1 mg tablet, estradiol/norethindrone 1 mg-0.5mg tablet)</i>	1	
ESTRING 2 MG VAGINAL RING	1	QL (1 PER 90 OVER TIME)
<i>ethinyl estradiol/drospirenone (estradiol/drospirenone 0.02-3(28) tablet, estradiol/drospirenone 0.03mg-3mg tablet)</i>	1	
<i>ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (1 mg-35mcg tablet, 1 mg-50mcg tablet)</i>	1	
LAYOLIS FE CHEWABLE TABLET	1	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol (levonorgestrel/ethin.estradiol 0.1-0.02mg tablet, levonorgestrel/ethin.estradiol 0.15-0.03 tablet, levonorgestrel/ethin.estradiol 6-5-10 tablet, levonorgestrel/ethin.estradiol 90-20 mcg tablet)</i>	1	
<i>levonorgestrel/ethin.estradiol 0.15-0.03 tbdspk 3mo</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (l-norgest/e.estradiol-e.estradiol 0.15mg(84) tbdspk 3mo, l-norgest/e.estradiol-e.estradiol 100-20(84) tbdspk 3mo, l-norgest/e.estradiol-e.estradiol 150-30(84) tbdspk 3mo)</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
LO LOESTRIN FE 1-10 TABLET	1	
MENEST (0.3 MG TABLET, 0.625 MG TABLET, 1.25 MG TABLET)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>norelgestromin/ethin.estradiol 150-35/24h patch tdwk</i>	1	
<i>norethindrone 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol (0.5mg-2.5 tablet, 1mg-20mcg tablet, 1mg-5mcg tablet, 1.5-0.03mg tablet)</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (1mg-20(21) tablet, 1mg-20(24) capsule, 1mg-20(24) tab chew, 1mg-20(24) tablet, 1.5-30(21) tablet, 5-7-9-7 tablet)</i>	1	
<i>norethindrone-ethinyl estradiol (0.4-0.035 tablet, 0.5-0.035 tablet, 1 mg-35mcg tablet, 7 days x 3 tablet, 7-9-5 tablet)</i>	1	
<i>norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (estradiol/iron 0.4-35(21) tab chew, estradiol/iron 0.8-25(24) tab chew)</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol (0.25-0.035 tablet, 7daysx3 28 tablet, 7daysx3 lo tablet)</i>	1	
<i>norgestrel-ethinyl estradiol (0.3-0.03mg tablet, 0.5 mg-50 tablet)</i>	1	
PREMARIN (0.3 MG TABLET, 0.45 MG TABLET, 0.625 MG TABLET, 0.9 MG TABLET, 1.25 MG TABLET, VAGINAL CREAM-APPL)	1	
PREMPHASE 0.625-5 MG TABLET	1	
PREMPRO (0.3 MG-1.5 MG TABLET, 0.45-1.5 MG TABLET, 0.625-2.5 MG TABLET, 0.625-5 MG TABLET)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Progestins		
DEPO-PROVERA 400 MG/ML VIAL	1	QL (10 PER 28 DAYS)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SYRINGE	1	QL (0.65 PER 90 OVER TIME)
<i>hydroxyprogesterone caproate 250 mg/ml vial</i>	1	PA
<i>hydroxyprogesterone caproat/pf 250 mg/ml vial</i>	1	PA
MAKENA 275 MG/1.1 ML AUTOINJCT	1	PA
<i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml syringe, 150 mg/ml vial)</i>	1	QL (1 PER 90 OVER TIME)
<i>megestrol acetate (20 mg tablet, 40 mg tablet, 400mg/10ml oral susp, 625mg/5ml oral susp)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>norethindrone 0.35 mg tablet</i>	1	
<i>norethindrone acetate 5 mg tablet</i>	1	
<i>progesterone 50 mg/ml vial</i>	1	
<i>progesterone, micronized (100 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	1	
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents		
OSPHENA 60 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>raloxifene hcl 60 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
<i>levothyroxine sodium (25 mcg tablet, 50 mcg tablet, 75 mcg tablet, 88 mcg tablet, 100 mcg tablet, 112 mcg tablet, 125 mcg tablet, 137 mcg tablet, 150 mcg tablet, 175 mcg tablet, 200 mcg tablet, 300 mcg tablet)</i>	1	
LEVOXYL (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET)	1	
<i>liothyronine sodium (5 mcg tablet, 25 mcg tablet, 50 mcg tablet)</i>	1	
UNITHROID (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET, 300 MCG TABLET)	1	
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal)		
ISTURISA (1 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	PA
LYSODREN 500 MG TABLET	1	
Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)		
BYNFEZIA 2,500 MCG/ML PEN	1	PA
<i>cabergoline 0.5 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
FIRMAGON (2 X 120 MG KIT, 120 MG VIAL)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 365 OVER TIME)
FIRMAGON 80 MG KIT	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>leuprolide acetate (1 mg/0.2ml kit, 1 mg/0.2ml vial)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUPANETA PK 11.25-5 MG 3MO KIT	1	PA, QL (1 PER 84 DAYS)
LUPANETA PK 3.75-5 MG 1MO KIT	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
LUPRON DEPOT (11.25 MG 3MO KIT, 22.5 MG 3MO KIT)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 84 OVER TIME)
LUPRON DEPOT (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 28 OVER TIME)
LUPRON DEPOT 45 MG 6MO KIT	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 168 OVER TIME)
LUPRON DEPOT-4 MONTH KIT	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 112 OVER TIME)
LUPRON DEPO 11.25MG (LUPANETA)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 84 OVER TIME)
LUPRON DEPOT 3.75MG (LUPANETA)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 28 OVER TIME)
LUPRON DEPOT-PED (11.25 MG KIT, 15 MG KIT)	1	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
LUPRON DEPOT-PED 7.5 MG KIT	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 28 OVER TIME)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG 3MO	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 84 OVER TIME)
LUPRON DEPOT-PED 30 MG 3MO KIT	1	PA, QL (1 PER 84 OVER TIME)
MYCAPSSA DR 20 MG CAPSULE	1	PA
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TB	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>octreotide acetate (50 mcg/ml ampul, 50 mcg/ml syringe, 50 mcg/ml vial, 100 mcg/ml ampul, 100 mcg/ml syringe, 100 mcg/ml vial, 200 mcg/ml vial, 500 mcg/ml ampul, 500 mcg/ml syringe, 500 mcg/ml vial, 1000mcg/ml vial)</i>	1	PA
ORGOVYX 120 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORIAHNN 300-1-0.5MG/300MG CAPS	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
ORILISSA 150 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ORILISSA 200 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SANDOSTATIN LAR DEPOT (10 MG KT, 10 MG VL, 20 MG KT, 20 MG VL, 30 MG KT, 30 MG VL)	1	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SIGNIFOR LAR (10 MG KIT, 10 MG VIAL, 20 MG KIT, 20 MG VIAL, 30 MG KIT, 30 MG VIAL, 40 MG KIT, 40 MG VIAL, 60 MG KIT, 60 MG VIAL)	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
SOMATULINE DEPOT (60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML)	1	PA
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOMAVERT (10 MG VIAL, 15 MG VIAL, 20 MG VIAL, 25 MG VIAL, 30 MG VIAL)	1	PA
SUPPRELIN LA 50 MG KIT	1	PA, QL (1 PER 365 OVER TIME)
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	1	
TRELSTAR 11.25 MG VIAL	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 84 OVER TIME)
TRELSTAR 22.5 MG VIAL	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 168 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
TRELSTAR 3.75 MG VIAL	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 28 OVER TIME)
TRIPTODUR (22.5 MG KIT, 22.5 MG VIAL)	1	PA, QL (1 PER 168 OVER TIME)
ZOLADEX 3.6 MG IMPLANT SYRN	1	QL (1 PER 28 DAYS)

Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)

Antithyroid Agents

<i>methimazole (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1
<i>propylthiouracil 50 mg tablet</i>	1

Immunological Agents

Angioedema Agents

BERINERT (500 UNIT KIT, 500 UNIT VIAL)	1	PA
CINRYZE (500 UNIT VIAL, 500 UNIT VIAL-DILUENT)	1	PA
HAEGARDA (2,000 UNIT VIAL, 3,000 UNIT VIAL)	1	PA
<i>icatibant acetate 30 mg/3 ml syringe</i>	1	PA
KALBITOR 10 MG/ML VIAL	1	PA
RUCONEST 2,100 UNIT VIAL	1	PA
TAKHZYRO 300 MG/2 ML VIAL	1	PA

Immunoglobulins

ASCENIV 10% VIAL	1	PA
BIVIGAM (5 GM/50 ML (10%) VIAL, 10 GM/100 ML (10%) VL, LIQUID 10% VIAL)	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
CUTAQUIG ((1 G/6 ML) VIAL, (1.65 G/10 ML), (2 G/12 ML) VL, (3.3 G/20 ML), (4 G/24 ML) VL, (8 G/48 ML) VL)	1	PA
CUVITRU (1 GRAM/5 ML VIAL, 2 GRAM/10 ML VIAL, 4 GRAM/20 ML VIAL, 8 GRAM/ 40 ML VIAL, 10 GRAM/50 ML VIAL)	1	PA
FLEBOGAMMA DIF (5% VIAL, 10% VIAL)	1	PA
GAMASTAN VIAL	1	PA
GAMASTAN S-D VIAL	1	PA
GAMMAGARD LIQUID 10% VIAL	1	PA
GAMMAGARD S-D (5 G (IGA<1) SOLN, 10 G (IGA<1) SOL)	1	PA
GAMMAKED (1 GRAM/10 ML VIAL, 5 GRAM/50 ML VIAL, 10 GRAM/100 ML VIAL, 20 GRAM/200 ML VIAL)	1	PA
GAMMAPLEX (5 GRAM/100 ML VIAL, 5 GRAM/50 ML VIAL, 10 GRAM/100 ML VIAL, 10 GRAM/200 ML VIAL, 20 GRAM/200 ML VIAL, 20 GRAM/400 ML VIAL)	1	PA
GAMUNEX-C (1 GRAM/10 ML VIAL, 2.5 GRAM/25 ML VIAL, 5 GRAM/50 ML VIAL, 10 GRAM/100 ML VIAL, 20 GRAM/200 ML VIAL, 40 GRAM/400 ML VIAL)	1	PA
HEPAGAM B VIAL	1	PA - Part B vs D Determination
HIZENTRA (1 GRAM/5 ML SYRINGE, 1 GRAM/5 ML VIAL, 2 GRAM/10 ML SYRINGE, 2 GRAM/10 ML VIAL, 4 GRAM/20 ML SYRINGE, 4 GRAM/20 ML VIAL, 10 GRAM/50 ML VIAL)	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
HYPERHEP B (NEONATAL SYRINGE, SYRINGE, VIAL)	1	PA - Part B vs D Determination
HYPERRAB 300 UNIT/ML VIAL	1	PA - Part B vs D Determination
HYPERRHO S-D (250 UNIT SYRINGE, 1,500 UNIT SYRING)	1	
MICRHOGAM ULTRA-FILTD PLUS SYR	1	
NABI-HB VIAL	1	PA - Part B vs D Determination
OCTAGAM (5% VIAL, 10% VIAL)	1	PA
PANZYGA ((1 G/10 ML) VIAL, (5 G/50 ML) VIAL, (10 G/100 ML) VIAL, (20 G/200 ML) VIAL, (30 G/300 ML) VIAL, (2.5 G/25 ML) VIAL)	1	PA
PRIVIGEN 10% VIAL	1	PA
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS SYR	1	
RHOPHYLAC 300 MCG/2 ML SYRINGE	1	
SYNAGIS (50 MG/0.5 ML VIAL, 100 MG/ML VIAL)	1	PA
VARIZIG 125 UNIT/1.2 ML VIAL	1	PA
XEMBIFY ((1 G/5 ML) VIAL, (2 G/10 ML) VIAL, (4 G/20 ML) VIAL, (10 G/50 ML) VIAL)	1	PA
Immunological Agents, Other		
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	1	PA
ARCALYST 220 MG VIAL	1	PA
BENLYSTA (200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE)	1	PA
COSENTYX 300 MG DOSE-2 SYRINGE	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
COSENTYX 150 MG/ML PEN INJECT	1	PA
COSENTYX 300 MG DOSE-2 PENS	1	PA
COSENTYX SYRINGE (75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE)	1	PA
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML PEN	1	PA, QL (4.56 PER 28 DAYS)
DUPIXENT 300 MG/2 ML PEN	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SYRING	1	PA, QL (4.56 PER 28 DAYS)
DUPIXENT 300 MG/2 ML SYRINGE	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENSPRYNG 120 MG/ML SYRINGE	1	PA
ENTYVIO 300 MG VIAL	1	PA
ILARIS 150 MG/ML VIAL	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ILUMYA 100 MG/ML SYRINGE	1	PA
KEVZARA (150 MG/1.14 ML PEN INJ, 150 MG/1.14 ML SYRINGE, 200 MG/1.14 ML PEN INJ, 200 MG/1.14 ML SYRINGE)	1	PA
KINERET 100 MG/0.67 ML SYRINGE	1	PA
LEMTRADA 12 MG/1.2 ML VIAL	1	PA
OLUMIANT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET)	1	PA
ORENCIA (50 MG/0.4 ML SYRINGE, 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE, 125 MG/ML SYRINGE)	1	PA
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
RIDAURA 3 MG CAPSULE	1	
RINVOQ ER 15 MG TABLET	1	PA
SILIQ 210 MG/1.5 ML SYRINGE	1	PA
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	1	PA
SKYRIZI 150 MG DOSE KIT-2 SYRN	1	PA
SKYRIZI 150 MG/ML PEN	1	PA
SOLIRIS 300 MG/30 ML VIAL	1	PA
STELARA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE, 130 MG/26 ML VIAL)	1	PA
SYLVANT (100 MG VIAL, 400 MG VIAL)	1	PA
TALTZ 80 MG/ML AUTOINJECTOR	1	PA
TALTZ 80 MG/ML AUTOINJ (2-PK)	1	PA
TALTZ 80 MG/ML AUTOINJ (3-PK)	1	PA
TALTZ 80 MG/ML SYRINGE	1	PA
TREMFYA (100 MG/ML INJECTOR, 100 MG/ML SYRINGE)	1	PA
ULTOMIRIS 300 MG/30 ML VIAL	1	PA
XELJANZ (1 MG/ML SOLUTION, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	1	PA
XELJANZ XR (11 MG TABLET, 22 MG TABLET)	1	PA
XOLAIR (75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/1.2 ML POWDER VL, 150 MG/ML SYRINGE)	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Immunostimulants		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
INTRON A (10 MILLION UNITS VIL, 18 MILLION UNIT/3 ML, 18 MILLION UNITS VIL, 25 MILLION UNIT/2.5ML, 50 MILLION UNITS VIL)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS (180 MCG/0.5 ML SYRINGE, 180 MCG/ML VIAL)	1	PA
PEGASYS PROCLICK 180 MCG/0.5	1	PA
SYLATRON (200 MCG KIT, 300 MCG KIT)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
Immunosuppressants		
AZASAN (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	1	PA - Part B vs D Determination
<i>azathioprine 50 mg tablet</i>	1	PA - Part B vs D Determination
BENLYSTA (120 MG VIAL, 400 MG VIAL)	1	PA
CIMZIA (2X200 MG/ML SYRINGE KIT, 2X200 MG/ML(X3)START KT, 200 MG VIAL KIT)	1	PA
<i>cyclosporine (25 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>cyclosporine, modified (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule, 100 mg/ml solution)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
ENBREL (25 MG KIT, 25 MG/0.5 ML SYRINGE, 25 MG/0.5 ML VIAL, 50 MG/ML SYRINGE)	1	PA
ENBREL 50 MG/ML MINI CARTRIDGE	1	PA
ENBREL 50 MG/ML SURECLICK	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>everolimus (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
HUMIRA (10 MG/0.2 ML SYRINGE, 20 MG/0.4 ML SYRINGE, 40 MG/0.8 ML SYRINGE)	1	PA
HUMIRA PEDI CROHN 40 MG/0.8 ML	1	PA
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML	1	PA
HUMIRA PEN CROHN-UC-HS 40 MG	1	PA
HUMIRA PEN PS-UV-ADOL HS 40 MG	1	PA
HUMIRA(CF) (HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRING, HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SYRING, HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRING)	1	PA
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S (HUMIRA(CF) 80-40 MG, HUMIRA(CF) 80MG/0.8)	1	PA
HUMIRA(CF) PEN (HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML)	1	PA
HUMIRA(CF) PEN CRHN-UC-HS 80MG	1	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDI UC 80 MG	1	PA
HUMIRA(CF) PEN PS-UV-AHS 80-40	1	PA
INFLECTRA 100 MG VIAL	1	PA
<i>leflunomide (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
LUPKYNIS 7.9 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>methotrexate sodium (2.5 mg tablet, 25 mg/ml vial)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>methotrexate sodium/pf (sodium/pf 1 g vial, sodium/pf 25 mg/ml vial)</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp recon, 250 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>mycophenolate sodium (180 mg tablet dr, 360 mg tablet dr)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
NULOJIX 250 MG VIAL	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORENCIA 250 MG VIAL	1	PA
PROGRAF (0.2 MG GRANULE PACKET, 1 MG GRANULE PACKET)	1	PA - Part B vs D Determination
RASUVO 10 MG/0.2 ML AUTOINJ	1	PA, QL (0.8 PER 28 DAYS)
RASUVO 12.5 MG/0.25 ML AUTOINJ	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
RASUVO 15 MG/0.3 ML AUTOINJ	1	PA, QL (1.2 PER 28 DAYS)
RASUVO 17.5 MG/0.35 ML AUTOINJ	1	PA, QL (1.4 PER 28 DAYS)
RASUVO 20 MG/0.4 ML AUTOINJ	1	PA, QL (1.6 PER 28 DAYS)
RASUVO 22.5 MG/0.45 ML AUTOINJ	1	PA, QL (1.8 PER 28 DAYS)
RASUVO 25 MG/0.5 ML AUTOINJ	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
RASUVO 30 MG/0.6 ML AUTOINJ	1	PA, QL (2.4 PER 28 DAYS)
RASUVO 7.5 MG/0.15 ML AUTOINJ	1	PA, QL (0.6 PER 28 DAYS)
REMICADE 100 MG VIAL	1	PA
RENFLEXIS 100 MG VIAL	1	PA
REZUROCK 200 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLN	1	PA - Part B vs D Determination

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
SIMPONI ARIA 50 MG/4 ML VIAL	1	PA
<i>sirolimus (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>tacrolimus (0.5 mg capsule, 1 mg capsule, 5 mg capsule)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
ZORTRESS 1 MG TABLET	1	PA - Part B vs D Determination

Vaccines

ACTHIB (VIAL, WITH DILUENT)	1	
ADACEL TDAP (SYRINGE, VIAL)	1	
BCG VACCINE (TICE STRAIN) VIAL	1	
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	1	
BOOSTRIX TDAP (SYRINGE, VIAL)	1	
DAPTACEL DTAP VACCINE	1	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	1	
ENGRIX-B ADULT (20 MCG/ML SYRN, 20 MCG/ML VIAL)	1	PA - Part B vs D Determination
ENGRIX-B PEDI 10 MCG/0.5 SYRN	1	PA - Part B vs D Determination
GARDASIL 9 (9 SYRINGE, 9 VIAL)	1	
HAVRIX (720 UNIT/0.5 ML SYRINGE, 720 UNITS/0.5 ML VIAL, 1,440 UNITS/ML SYRINGE, 1,440 UNITS/ML VIAL)	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
HIBERIX (VIAL, WITH DILUENT)	1	
IMOVAX RABIES VACCINE VIAL	1	PA - Part B vs D Determination
INFANRIX DTAP (SYRINGE, VIAL)	1	
IPOV VIAL	1	
IXIARO (6 MCG/0.5 ML SYRINGE, 6 UNIT(6 MCG)/0.5ML SYR)	1	
KINRIX (TIP-LOK SYRINGE, VIAL)	1	
M-M-R II VACCINE VIAL	1	
MENACTRA VIAL	1	
MENQUADFI VIAL	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP VIAL KT	1	
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	1	
PEDVAXHIB VACCINE VIAL	1	
PENTACEL VIAL KIT	1	
PROQUAD VIAL	1	
QUADRACEL DTAP-IPV VIAL	1	
RABAVERT (VACC W- DILUENT, VACCINE VIAL)	1	PA - Part B vs D Determination
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5 ML SYR, 5 MCG/0.5 ML VL, 10 MCG/ML SYR, 10 MCG/ML VIAL, 40 MCG/ML VIAL)	1	PA - Part B vs D Determination
ROTARIX VACCINE SUSPENSION	1	
ROTATEQ VACCINE	1	
SHINGRIX VIAL KIT	1	
STAMARIL VIAL	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
TDVAX VIAL	1	
TENIVAC (SYRINGE, VIAL)	1	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCIN	1	
TWINRIX VACCINE SYRINGE	1	
TYPHIM VI (25 MCG/0.5 ML AL, 25 MCG/0.5 ML SYRNG)	1	
VAQTA (25 UNITS/0.5 ML SYRINGE, 25 UNITS/0.5 ML VIAL, 50 UNITS/ML SYRINGE, 50 UNITS/ML VIAL)	1	
VARIVAX VACCINE (VIAL, WITH DILUENT)	1	
YF-VAX (1 VIAL, 5 VIAL)	1	
ZOSTAVAX VIAL	1	

Inflammatory Bowel Disease Agents

Aminosalicylates

<i>balsalazide disodium 750 mg capsule</i>	1
<i>mesalamine (0.375g cap er 24h, 1.2 g tablet dr, 4 g/60 ml enema, 800 mg tablet dr, 1000 mg supp.rect)</i>	1
<i>mesalamine w/cleansing wipes 4 g/60 ml enema kit</i>	1
<i>sulfasalazine (500 mg tablet, 500 mg tablet dr)</i>	1

Glucocorticoids

<i>budesonide (3 mg capdr - er, 9 mg tabdr - er)</i>	1
CORTIFOAM 10% AEROSOL	1
<i>hydrocortisone (1 % crm/pe app, 2.5 % crm/pe app, 100mg/60ml enema)</i>	1

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
ORTIKOS (ER 6 MG CAPSULE, ER 9 MG CAPSULE)	1	
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>alendronate sodium (5 mg tablet, 10 mg tablet, 35 mg tablet, 40 mg tablet, 70 mg/75ml solution)</i>	1	
<i>alendronate sodium 70 mg tablet</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>calcitonin, salmon, synthetic 200/spray spray/pump</i>	1	QL (3.7 PER 30 DAYS)
<i>calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml ampul, 1 mcg/ml solution)</i>	1	
<i>cinacalcet hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet)</i>	1	
<i>doxercalciferol (0.5 mcg capsule, 1 mcg capsule, 2.5 mcg capsule)</i>	1	
EVENITY 105 MG/1.17 ML SYRINGE	1	PA, QL (2.34 PER 28 DAYS)
EVENITY 210 MG DOSE-2 SYRINGES	1	PA, QL (2.34 PER 28 DAYS)
FORTEO 600 MCG/2.4 ML PEN INJ	1	PA
<i>ibandronate sodium 150 mg tablet</i>	1	QL (1 PER 28 DAYS)
NATPARA (25 MCG CARTRIDGE, 50 MCG CARTRIDGE, 75 MCG CARTRIDGE, 100 MCG CARTRIDGE)	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>paricalcitol (1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule)</i>	1	
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE	1	QL (2 PER 365 OVER TIME)
RAYALDEE ER 30 MCG CAPSULE	1	
TERIPARATIDE 620 MCG/2.48 ML	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTR	1	PA
XGEVA 120 MG/1.7 ML VIAL	1	PA

Miscellaneous Therapeutic Agents

<i>alcohol antiseptic pads med. pad</i>	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.03 tablet</i>	1	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol 21-5 (28) tablet</i>	1	
DOJOLVI LIQUID	1	PA
ELLA 30 MG TABLET	1	
<i>ethinyl estradiol/drospirenone 0.02-3(28) tablet</i>	1	
GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2 X 2	1	
GIVLAARI 189 MG/ML VIAL	1	PA
INSULIN PEN NEEDLE	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>insulin pump controller each</i>	1	QL (1 PER 365 OVER TIME)
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML	1	QL (200 PER 30 DAYS)
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML	1	QL (200 PER 30 DAYS)
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML	1	QL (200 PER 30 DAYS)
INTRALIPID 20% IV FAT EMUL	1	PA - Part B vs D Determination
ISOPROPYL ALCOHOL 0.7 ML/ML MEDICATED PAD	1	
<i>levocarnitine (100 mg/ml solution, 330 mg tablet)</i>	1	
<i>levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml solution</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol (levonorgestrel/ethin.estradiol 0.1-0.02mg tablet, levonorgestrel/ethin.estradiol 0.15-0.03 tablet, levonorgestrel/ethin.estradiol 6-5-10 tablet)</i>	1	
<i>levonorgestrel/ethin.estradiol 0.15-0.03 tbdspk 3mo</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (l-norgest/e.estradiol-e.estradiol 100-20(84) tbdspk 3mo, l-norgest/e.estradiol-e.estradiol 150-30(84) tbdspk 3mo)</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol (1mg-20mcg tablet, 1.5-0.03mg tablet)</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (1mg-20(21) tablet, 1mg-20(24) tab chew, 1.5-30(21) tablet)</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol (28 tablet, 10 tablet)</i>	1	
NUTRILIPID 20% IV FAT EMULSION	1	PA - Part B vs D Determination
ORLADEYO (110 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pen needle, diabetic (pen 29 g x1/2" dis needle, pen 31 g x1/4" dis needle, pen 31 gx3/16" dis needle, pen 31 gx5/16" dis needle, pen 31gx15/64" dis needle, pen 32 gx3/16" dis needle, pen 32gx 5/32" dis needle, pen 33 g x1/4" dis needle, pen 33 gx3/16" dis needle, pen 33 gx5/32" dis needle)</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>pen needle, diabetic, safety (pen 29gx 5/16" dis needle, pen 30 g x1/4" dis needle, pen 30 gx3/16" dis needle, pen 30 gx5/16" dis needle, pen 31 g x1/4" dis needle, pen 32gx 5/32" dis needle)</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>sodium chloride irrig solution 0.9 % irrig soln</i>	1	
<i>sub-q insulin device, 20 unit each</i>	1	
<i>sub-q insulin device, 30 unit each</i>	1	
<i>sub-q insulin device, 40 unit each</i>	1	
<i>syringe with needle, insulin, 1 ml and sharps container (30gx1/2" syringe, 31 gx5/16" syringe)</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>syringe with needle, disposable, insulin 1 ml (syringe 27gx1/2" disp syrin, syringe 28gx1/2" disp syrin, syringe 29 g x1/2" disp syrin, syringe 30gx1/2" disp syrin, syringe 31 gx5/16" disp syrin, syringe 31gx15/64" disp syrin)</i>	1	
<i>syringe with needle, insulin 0.3 ml (half unit mark) (0.3 ml 30 gx5/16" disp syrin, 0.3 ml 30gx1/2" disp syrin, 0.3 ml 31 gx5/16" disp syrin, 0.3 ml 31gx15/64" disp syrin)</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>syringe with needle, insulin disposable, 0.3 ml/empty containr (syr-nd, ins, 0.3/container, empty 30gx1/2" syringe, syr-nd, ins, 0.3/container, empty 31 gx5/16" syringe)</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>syringe with needle, insulin, 0.3 ml (ml 30 gx5/16" disp syrin, ml 30gx1/2" disp syrin, ml 31 gx5/16" disp syrin, ml 31gx15/64" disp syrin)</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>syringe with needle,insulin,0.5 ml (ml 27gx1/2" disp syrin, ml 28gx1/2" disp syrin, ml 29 g x1/2" disp syrin, ml 30gx1/2" disp syrin, ml 31 gx5/16" disp syrin, ml 31gx15/64" disp syrin)</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>syringe-needle,insulin,0.5 ml/container,empty (syr-nd,ins,0.5/container,empty 30gx1/2" syringe, syr-nd,ins,0.5/container,empty 31 gx5/16" syringe)</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
VISTOGARD 10 GRAM PACKET	1	

Ophthalmic Agents

Ophthalmic Agents, Other

<i>atropine sulfate 1 % drops</i>	1	
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate 500-10k/g oint. (g)</i>	1	
BLEPHAMIDE EYE DROPS	1	
BLEPHAMIDE EYE OINTMENT	1	
COMBIGAN 0.2%-0.5% EYE DROPS	1	
CYSTADROPS 0.37% EYE DROPS	1	PA, QL (20 PER 28 OVER TIME)
CYSTARAN 0.44% EYE DROPS	1	PA, QL (60 PER 28 OVER TIME)
<i>dorzolamide hcl/timolol maleat 22.3-6.8/1 drops</i>	1	
<i>dorzolamide/timolol/pf 2 %-0.5 % droperette</i>	1	
LACRISERT 5 MG EYE INSERT	1	
<i>neomycin/bacit/p-myx/hydrocort 3.5-10k-1 oint. (g)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>neomycin sulf/bacitracin/poly 3.5mg-400 oint. (g)</i>	1	
<i>neomycin/polymyxn b/gramicidin 1.75mg-10k drops</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort 3.5-10k-10 drops susp</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin b sulfate/dexamethasone (neomycin/polymyxin b/dexametha 0.1 % drops susp, neomycin/polymyxin b/dexametha 3.5-10k-.1 oint. (g))</i>	1	
OXERVATE 0.002% EYE DROP	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
<i>polymyxin b sulf/trimethoprim 10000-1/ml drops</i>	1	
PRED-G (1% DROPS, S.O.P. OINTMENT)	1	
RESTASIS 0.05% EYE EMULSION	1	
RESTASIS MULTIDOSE 0.05% EYE	1	
ROCKLATAN 0.02%-0.005% EYE DRP	1	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1%-0.2% EYE DROPS	1	
<i>sulfacetamide/prednisolone sp 10 %-0.23% drops</i>	1	
TOBRADEX EYE OINTMENT	1	
TOBRADEX ST 0.3-0.05% EYE DROP	1	
<i>tobramycin/dexamethasone 0.3 %-0.1% drops susp</i>	1	
XIIDRA 5% EYE DROPS	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ZYLET EYE DROPS	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Ophthalmic Anti-Infectives		
<i>bacitracin 500 unit/g oint. (g)</i>	1	
BESIVANCE 0.6% SUSP	1	
<i>ciprofloxacin hcl 0.3 % drops</i>	1	
<i>erythromycin base 5 mg/gram oint. (g)</i>	1	
<i>gatifloxacin 0.5 % drops</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (0.3 % drops, 0.3 % oint. (g))</i>	1	
<i>levofloxacin 0.5 % drops</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl (0.5 % drops, 0.5 % drops visc)</i>	1	
NATACYN 5% EYE DROPS	1	
<i>ofloxacin 0.3 % drops</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (10 % drops, 10 % oint. (g))</i>	1	
<i>tobramycin 0.3 % drops</i>	1	
TOBREX 0.3% EYE OINTMENT	1	
<i>trifluridine 1 % drops</i>	1	
ZIRGAN 0.15% OPHTHALMIC GEL	1	
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
<i>azelastine hcl 0.05 % drops</i>	1	
<i>bepotastine besilate 1.5 % drops</i>	1	
BEPREVE 1.5% EYE DROPS	1	
<i>cromolyn sodium 4 % drops</i>	1	
<i>epinastine hcl 0.05 % drops</i>	1	
<i>olopatadine hcl (0.1 % drops, 0.2 % drops)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Ophthalmic Anti-inflammatories		
ALREX 0.2% EYE DROPS	1	
<i>bromfenac sodium 0.09 % drops</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate 0.1 % drops</i>	1	
<i>diclofenac sodium 0.1 % drops</i>	1	
<i>difluprednate 0.05 % drops</i>	1	
DUREZOL 0.05% EYE DROPS	1	
FLAREX 0.1% EYE DROPS	1	
<i>flurbiprofen sodium 0.03 % drops</i>	1	
FML FORTE 0.25% EYE DROPS	1	
<i>ketorolac tromethamine (0.4 % drops, 0.5 % drops)</i>	1	
LOTEMAX 0.5% OPHTHALMIC GEL	1	QL (20 PER 365 OVER TIME)
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	1	QL (14 PER 365 OVER TIME)
LOTEMAX SM 0.38% OPHTH GEL	1	QL (20 PER 365 OVER TIME)
<i>loteprednol etabonate 0.5 % drops gel</i>	1	QL (20 PER 365 OVER TIME)
<i>loteprednol etabonate 0.5 % drops susp</i>	1	
<i>prednisolone acetate 1 % drops susp</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate 1 % drops</i>	1	
PROLENSA 0.07% EYE DROPS	1	QL (12 PER 365 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
<i>betaxolol hcl 0.5 % drops</i>	1	
BETIMOL (0.25% DROPS, 0.5% DROPS)	1	
<i>carteolol hcl 1 % drops</i>	1	
<i>levobunolol hcl 0.5 % drops</i>	1	
<i>timolol maleate (0.25 % drops, 0.25 % sol-gel, 0.5 % drop daily, 0.5 % drops, 0.5 % sol-gel)</i>	1	
<i>timolol maleate/pf 0.5 % droperette</i>	1	
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
<i>acetazolamide 500 mg capsule er</i>	1	
ALPHAGAN P 0.1% DROPS	1	
<i>apraclonidine hcl 0.5 % drops</i>	1	
AZOPT 1% EYE DROPS	1	
<i>brimonidine tartrate (0.15 % drops, 0.2 % drops)</i>	1	
<i>brinzolamide 1 % drops susp</i>	1	
<i>dorzolamide hcl 2 % drops</i>	1	
IOPIDINE 1% EYE DROPS	1	
<i>methazolamide (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125%	1	
<i>pilocarpine hcl (1 % drops, 2 % drops, 4 % drops)</i>	1	
RHOPRESSA 0.02% OPHTH SOLUTION	1	QL (2.5 PER 25 DAYS)
Ophthalmic Prostaglandin and Prostanoid Analogs		
<i>bimatoprost 0.03 % drops</i>	1	QL (5 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
DURYSTA 10 MCG IMPLANT	1	
<i>latanoprost 0.005 % drops</i>	1	
LUMIGAN 0.01% EYE DROPS	1	QL (2.5 PER 25 DAYS)
VYZULTA 0.024% OPHTH SOLUTION	1	QL (5 PER 25 DAYS)

Otic Agents

<i>acetic acid 2 % solution</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl 0.2 % dropperette</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth 0.3 %-0.1% drops susp</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01 % drops</i>	1	
<i>hydrocortisone/acetic acid 1 %-2 % drops</i>	1	
<i>neomycin sulfate/polymyxin b sulfate/hydrocortisone (neomycin/polymyxin b/hydrocort 3.5-10k-1 drops susp, neomycin/polymyxin b/hydrocort 3.5-10k-1 solution)</i>	1	
<i>ofloxacin 0.3 % drops</i>	1	

Respiratory Tract/Pulmonary Agents

Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids

ARNUITY ELLIPTA (50 MCG, 100 MCG, 200 MCG)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX (TWISTHALER 110 MCG #30, TWISTHALER 220 MCG #14, TWISTHALER 220 MCG #30, TWISTHALER 220 MCG #60, TWISTHALER 220 MCG #120)	1	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (HFA 50 MCG INHALER, HFA 100 MCG INHALER, HFA 200 MCG INHALER)	1	QL (13 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
BREZTRI AEROSPHERE INHALER	1	QL (23.6 PER 28 DAYS)
<i>budesonide (0.25mg/2ml ampul-neb, 0.5 mg/2ml ampul-neb, 1 mg/2 ml ampul-neb)</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (120 PER 30 DAYS)
FLOVENT 250 MCG DISKUS	1	QL (240 PER 30 DAYS)
FLOVENT DISKUS (50 MCG, 100 MCG)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
FLOVENT HFA (HFA 110 MCG INHALER, HFA 220 MCG INHALER)	1	QL (24 PER 30 DAYS)
FLOVENT HFA 44 MCG INHALER	1	QL (21.2 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg spray susp</i>	1	
<i>mometasone furoate 50 mcg spray/pump</i>	1	QL (34 PER 30 DAYS)

Antihistamines

<i>azelastine hcl (137 mcg spray/pump, 205.5 mcg spray/pump)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>azelastine/fluticasone 137-50 mcg spray/pump</i>	1	QL (23 PER 30 DAYS)
<i>cycloheptadine hcl 4 mg tablet</i>	1	
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl (50 mg/ml cartridge, 50 mg/ml syringe, 50 mg/ml vial)</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tablet, 10 mg/5 ml solution, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 50 mg/25ml solution)</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Antileukotrienes		
<i>montelukast sodium (4 mg gran pack, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew, 10 mg tablet)</i>	1	
<i>zafirlukast (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
<i>zileuton 600 mg tbmp 12hr</i>	1	ST
ZYFLO 600 MG FILMTAB	1	ST
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT 17 MCG HFA INHALER	1	QL (25.8 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.2 mg/ml solution</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (312.5 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide (21 mcg spray, 42 mcg spray)</i>	1	
LONHALA MAGNAIR 25 MCG REFILL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SPIRIVA 18 MCG CP-HANDIHALER	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG INH	1	QL (8 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT 2.5 MCG INH	1	
YUPELRI 175 MCG/3 ML SOLUTION	1	PA - Part B vs D Determination, QL (90 PER 30 DAYS)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proair hfa)</i>	1	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proventil hfa)</i>	1	QL (13.4 PER 30 DAYS)
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic ventolin hfa)</i>	1	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate 90 mcg hfa aer ad</i>	1	QL (17 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>albuterol sulfate (2.5 mg/0.5 vial-neb, 5 mg/ml solution)</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate (2 mg tablet, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet)</i>	1	
<i>albuterol sulfate (0.63mg/3ml vial-neb, 1.25mg/3ml vial-neb)</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (375 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate 2.5 mg/3ml vial-neb</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (525 PER 30 DAYS)
<i>epinephrine (0.15/0.15 auto inject, 0.15mg/0.3 auto inject, 0.3mg/0.3 auto inject)</i>	1	
EPIPEN 0.3 MG AUTO-INJECTOR	1	
EPIPEN 2-PAK 0.3 MG AUTO-INJECT	1	
EPIPEN JR 0.15 MG AUTO-INJECTR	1	
EPIPEN JR 2-PAK 0.15 MG INJECTR	1	
<i>formoterol fumarate 20 mcg/2ml vial-neb</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>levalbuterol hcl (0.31mg/3ml vial-neb, 0.63mg/3ml vial-neb)</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (540 PER 30 DAYS)
<i>levalbuterol hcl 1.25mg/0.5 vial-neb</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>levalbuterol hcl 1.25mg/3ml vial-neb</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (270 PER 30 DAYS)
<i>levalbuterol tartrate 45 mcg hfa aer ad</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>metaproterenol sulfate 10 mg/5 ml syrup</i>	1	
PERFOROMIST 20 MCG/2 ML SOLN	1	PA - Part B vs D Determination, QL (120 PER 30 DAYS)
PROAIR HFA 90 MCG INHALER	1	QL (17 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
PROAIR RESPICLICK 90 MCG INHLR	1	QL (2 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>terbutaline sulfate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	1	

Cystic Fibrosis Agents

CAYSTON 75 MG INHAL SOLUTION	1	PA
KALYDECO (25 MG GRANULES PACKET, 50 MG GRANULES PACKET, 75 MG GRANULES PACKET, 150 MG TABLET)	1	PA
ORKAMBI (100-125 MG GRANULE PKT, 150-188 MG GRANULE PKT)	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
ORKAMBI (100 MG TABLET, 200 MG TABLET)	1	PA, QL (112 PER 28 DAYS)
PULMOZYME 1 MG/ML AMPUL	1	PA
SYMDEKO 100/150 MG-150 MG TABS	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
SYMDEKO 50/75 MG-75 MG TABLETS	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP	1	QL (224 PER 56 OVER TIME)
<i>tobramycin in 0.225% sod chlor 300 mg/5ml ampul-neb</i>	1	PA - Part B vs D Determination
TRIKAFTA (50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG)	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)

Mast Cell Stabilizers

<i>cromolyn sodium 20 mg/2 ml ampul-neb</i>	1	PA - Part B vs D Determination
---	---	--------------------------------

Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease

DALIRESP (250 MCG TABLET, 500 MCG TABLET)	1	PA
---	---	----

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>theophylline anhydrous (300 mg tab er 12h, 400 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h)</i>	1	
Pulmonary Antihypertensives		
ADEMPAS (0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 1.5 MG TABLET, 2 MG TABLET, 2.5 MG TABLET)	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>ambrisentan (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ORENITRAM ER (ER 0.125 MG TABLET, ER 0.25 MG TABLET, ER 1 MG TABLET, ER 2.5 MG TABLET, ER 5 MG TABLET)	1	PA
<i>sildenafil citrate 10 mg/ml susp recon</i>	1	PA
<i>sildenafil citrate 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>tadalafil 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 200-800 TITRATION PACK	1	PA, QL (400 PER 365 OVER TIME)
UPTRAVI (200 MCG TABLET, 400 MCG TABLET, 600 MCG TABLET, 800 MCG TABLET, 1,000 MCG TABLET, 1,200 MCG TABLET, 1,400 MCG TABLET, 1,600 MCG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VENTAVIS (10 MCG/1 ML SOLUTION, 20 MCG/1 ML SOLUTION)	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
Pulmonary Fibrosis Agents		
ESBRIET (267 MG CAPSULE, 267 MG TABLET, 801 MG TABLET)	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
OFEV (100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	1	PA
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine (100 mg/ml vial, 200 mg/ml vial)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG INH	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (100-25 MCG, 200-25 MCG)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BRONCHITOL 40 MG INHALE CAP	1	PA, QL (560 PER 28 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG	1	QL (8 PER 30 DAYS)
DULERA (100 MCG INHALER, 200 MCG INHALER)	1	QL (17.6 PER 30 DAYS)
DULERA 50 MCG-5 MCG INHALER	1	QL (13 PER 30 DAYS)
FASENRA 30 MG/ML SYRINGE	1	PA
FASENRA PEN 30 MG/ML	1	PA
<i>fluticasone propionate/salmeterol xinafoate (propion/salmeterol 100-50 mcg blst w/dev, propion/salmeterol 250-50 mcg blst w/dev, propion/salmeterol 500-50 mcg blst w/dev)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium/albuterol sulfate 0.5-3mg/3 ampul-neb</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (540 PER 30 DAYS)
NUCALA (100 MG/ML AUTO-INJECTOR, 100 MG/ML POWDER VIAL, 100 MG/ML SYRINGE)	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
STIOLTO RESPIMAT INHAL SPRAY	1	QL (24 PER 30 DAYS)
SYMBICORT 160-4.5 MCG INHALER	1	QL (12 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
SYMBICORT 80-4.5 MCG INHALER	1	QL (13.8 PER 30 DAYS)
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25, 200-62.5-25)	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Skeletal Muscle Relaxants

<i>carisoprodol (250 mg tablet, 350 mg tablet)</i>	1	PA
<i>chlorzoxazone 500 mg tablet</i>	1	PA
<i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	PA
<i>methocarbamol (500 mg tablet, 750 mg tablet)</i>	1	PA

Sleep Disorder Agents

Sleep Promoting Agents

BELSOMRA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>doxepin hcl (3 mg tablet, 6 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>estazolam (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>eszopiclone (1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
HETLIOZ 20 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
HETLIOZ LQ 4 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (158 PER 30 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>temazepam (7.5 mg capsule, 15 mg capsule, 22.5 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

2021_MCC_VA (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>zolpidem tartrate (5 mg tablet, 6.25 mg tab mphase, 10 mg tablet, 12.5 mg tab mphase)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Wakefulness Promoting Agents		
<i>armodafinil (150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>armodafinil 50 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>modafinil (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WAKIX (4.45 MG TABLET, 17.8 MG TABLET)	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
XYREM 500 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA, QL (540 PER 30 DAYS)
XYWAV 0.5 GM/ML ORAL SOLUTION	1	PA, QL (540 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos
y las abreviaturas de esta tabla en la página 7.

Lista en orden alfabético

0

0.9 % sodium chloride..... 91

A

abacavir sulfate..... 53
 abacavir sulfate/lamivudine..... 53
 abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine..... 53
 ABELCET..... 31
 ABILIFY MAINTENA..... 48
 ABILIFY MYCITE..... 49
 abiraterone acetate..... 36
 ABSTRAL..... 11
 acamprosate calcium..... 13
 acarbose..... 59
 acebutolol hcl..... 70
 acetaminophen with codeine phosphate..... 11
 acetazolamide..... 72,129
 acetic acid..... 100,130
 acetylcysteine..... 136
 acitretin..... 87
 ACTEMRA ACTPEN..... 112
 ACTHAR..... 101
 ACTHIB..... 118
 ACTIMMUNE..... 115
 acyclovir..... 57,91
 acyclovir sodium..... 57
 ADACEL TDAP..... 118
 ADAKVEO..... 65
 adapalene..... 87
 adapalene/benzoyl peroxide..... 87
 adefovir dipivoxil..... 56
 ADEMPAS..... 135
 AFINITOR..... 39
 AFINITOR DISPERZ..... 39
 AIMOVIG AUTOINJECTOR..... 33
 AIMOVIG AUTOINJECTOR (2 PACK)..... 34
 AKYNZEO..... 30
 albendazole..... 45
 albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proair hfa)..... 132

albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proventil hfa)..... 132
 albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic ventolin hfa)..... 132
 albuterol sulfate..... 132,133
 alclometasone dipropionate..... 88
 alcohol antiseptic pads..... 122
 ALDACTAZIDE..... 72
 ALDURAZYME..... 97
 ALECENSA..... 39
 alendronate sodium..... 121
 alfuzosin hcl..... 100
 ALINIA..... 45
 aliskiren hemifumarate..... 72
 allopurinol..... 33
 alosetron hcl..... 95
 ALPHAGAN P..... 129
 alprazolam..... 57,58
 ALREX..... 128
 ALUNBRIG..... 39
 amantadine hcl..... 56
 AMBISOME..... 31
 ambrisentan..... 135
 amikacin sulfate..... 14
 amiloride hcl..... 78
 amiloride hcl/hydrochlorothiazide..... 72
 aminocaproic acid..... 67
 AMINOSYN II..... 92
 AMINOSYN-PF..... 92
 amiodarone hcl..... 69
 AMITIZA..... 95
 amitriptyline hcl..... 29
 amitriptyline hcl/chlordiazepoxide..... 26
 amlodipine besylate..... 71
 amlodipine besylate/atorvastatin calcium..... 73
 amlodipine besylate/benazepril hcl..... 73
 amlodipine besylate/valsartan..... 73
 amlodipine besylate/valsartan/hydrochlorothiazide..... 74
 ammonium lactate..... 88
 amoxapine..... 29

amoxicillin	18	AVASTIN	43
amoxicillin/potassium clavulanate	18	AVITA	87
amphotericin b	31	AVONEX	84
ampicillin sodium	18	AVONEX PEN	84
ampicillin sodium/sulbactam sodium	18	AYVAKIT	39
ampicillin trihydrate	18	AZASAN	115
ANADROL-50	102	azathioprine	115
anagrelide hcl	65	azelaic acid	87
anastrozole	39	azelastine hcl	127,131
ANDRODERM	102	azelastine hcl/fluticasone propionate	131
ANORO ELLIPTA	136	azithromycin	20
APOKYN	46	AZOPT	129
apraclonidine hcl	129	aztreonam	15
aprepitant	31		
APTOM	24	B	
APTIVUS	55	bacitracin	127
ARALAST NP	97	bacitracin/polymyxin b sulfate	125
ARANESP	65	baclofen	51
ARCALYST	112	BACTROBAN NASAL	91
aripiprazole	49	BAFIERTAM	84
ARISTADA	49	balsalazide disodium	120
ARISTADA INITIO	49	BALVERSA	40
armodafinil	138	BANZEL	24
ARNUIITY ELLIPTA	130	BARACLUDE	56
ASCENIV	110	BAXDELA	20
asenapine maleate	49	BCG VACCINE (TICE STRAIN)	118
ASMANEX	130	BELSOMRA	137
ASMANEX HFA	130	benazepril hcl	68
aspirin/dipyridamole	67	benazepril hcl/hydrochlorothiazide	74
atazanavir sulfate	55	BENLYSTA	112,115
atenolol	70	benznidazole	45
atenolol/chlorthalidone	74	benztropine mesylate	46
atomoxetine hcl	82	bepotastine besilate	127
atorvastatin calcium	79	BEPREVE	127
atovaquone	45	BERINERT	110
atovaquone/proguanil hcl	45	BESIVANCE	127
ATRIPLA	52	betamethasone dipropionate	88
atropine sulfate	125	betamethasone dipropionate/propylene glycol	88
ATROVENT HFA	132	betamethasone valerate	88
AURYXIA	93	BETASERON	85
AUSTEDO	83		

betaxolol hcl.....	70,129
bethanechol chloride.....	100
BETIMOL.....	129
bexarotene.....	44
BEXSERO.....	118
bicalutamide.....	36
BICILLIN C-R.....	19
BICILLIN L-A.....	19
BIKTARVY.....	52
bimatoprost.....	129
bisoprolol fumarate.....	70
bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide....	74
BIVIGAM.....	110
bleomycin sulfate.....	38
BLEPHAMIDE.....	125
BLEPHAMIDE S.O.P.....	125
BOOSTRIX TDAP.....	118
bosentan.....	135
BOSULIF.....	40
BRAFTOVI.....	40
BREO ELLIPTA.....	136
BREZTRI AEROSPHERE.....	131
BRILINTA.....	67
brimonidine tartrate.....	129
brinzolamide.....	129
BRIVIACT.....	22
bromfenac sodium.....	128
bromocriptine mesylate.....	46
BRONCHITOL.....	136
BRUKINSA.....	40
budesonide.....	120,131
bumetanide.....	77
buprenorphine hcl.....	14
buprenorphine hcl/naloxone hcl.....	14
bupropion hcl.....	14,26,27
bupropion hcl sr 150mg tablet.....	27
buspirone hcl.....	57
butalbital/acetaminophen.....	83
butalbital/acetaminophen/caffeine.....	83
butalbital/aspirin/caffeine.....	83
butorphanol tartrate.....	11

BYNFEZIA.....	107
BYSTOLIC.....	70

C

cabergoline.....	107
CABLIVI.....	67
CABOMETYX.....	40
calcipotriene.....	90
calcitonin,salmon,synthetic.....	121
calcitriol.....	121
calcium acetate.....	93
CALQUENCE.....	40
candesartan cilexetil.....	68
candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide....	74
CAPLYTA.....	49
CAPRELSA.....	40
captopril.....	69
captopril/hydrochlorothiazide.....	75
CARBAGLU.....	92
carbamazepine.....	25
carbidopa.....	47
carbidopa/levodopa.....	47
carisoprodol.....	137
carteolol hcl.....	129
carvedilol.....	70
carvedilol phosphate.....	70
caspofungin acetate.....	31
CAYSTON.....	134
cefaclor.....	16
cefadroxil.....	16
cefazolin sodium.....	17
cefdinir.....	17
cefepime hcl.....	17
cefixime.....	17
cefotaxime sodium.....	17
cefotetan disodium.....	17
cefoxitin sodium.....	17
cefpodoxime proxetil.....	17
cefprozil.....	17
ceftazidime.....	17
ceftriaxone sodium.....	17

cefuroxime axetil.....	17	clobazam.....	23
cefuroxime sodium.....	17	clobetasol propionate.....	88
celecoxib.....	8	clobetasol propionate/emollient base.....	88
CELONTIN.....	23	clomipramine hcl.....	29
cephalexin.....	17	clonazepam.....	23
CERDELGA.....	97	clonidine.....	67
CEREZYME.....	97	clonidine hcl.....	67,82
CHANTIX.....	14	clopidogrel bisulfate.....	67
CHENODAL.....	96	clorazepate dipotassium.....	58
chlordiazepoxide hcl.....	58	clotrimazole.....	31
chlorhexidine gluconate.....	86	clotrimazole/betamethasone dipropionate..	90
chloroquine phosphate.....	45	clozapine.....	51
chlorothiazide.....	78	COARTEM.....	45
chlorpromazine hcl.....	47	codeine sulfate.....	11
chlorthalidone.....	78	colchicine.....	33
chlorzoxazone.....	137	colesevelam hcl.....	80
CHOLBAM.....	97	colestipol hcl.....	80
cholestyramine (with sugar).....	79	colistin (as colistimethate sodium).....	15
cholestyramine/aspartame.....	79	COMBIGAN.....	125
ciclopirox.....	91	COMBIVENT RESPIMAT.....	136
ciclopirox olamine.....	91	COMETRIQ.....	40
cidofovir.....	56	COMPLERA.....	52
cilostazol.....	67	COPIKTRA.....	40
CIMDUO.....	53	CORDRAN.....	88
CIMZIA.....	115	CORLANOR.....	75
cinacalcet hcl.....	121	CORTIFOAM.....	120
CINRYZE.....	110	cortisone acetate.....	101
ciprofloxacin.....	20	COSENTYX (2 SYRINGES).....	112
ciprofloxacin hcl.....	20,127,130	COSENTYX PEN.....	113
ciprofloxacin hcl/dexamethasone.....	130	COSENTYX PEN (2 PENS).....	113
ciprofloxacin lactate/dextrose 5 % in water.	20	COSENTYX SYRINGE.....	113
citalopram hydrobromide.....	27	COTELLIC.....	40
clarithromycin.....	20	CREON.....	98
CLENPIQ.....	96	CRESEMBA.....	32
CLEOCIN.....	15	CRIXIVAN.....	55
CLIMARA PRO.....	103	cromolyn sodium.....	98,127,134
clindamycin hcl.....	15	crotamiton.....	91
clindamycin palmitate hcl.....	15	CUTAQUIG.....	111
clindamycin phosphate.....	15,91	CUVITRU.....	111
clindamycin phosphate/benzoyl peroxide...	87	CUVPOSA.....	95
CLINISOL.....	92	cyclobenzaprine hcl.....	137

cyclophosphamide.....	36
CYCLOSET.....	59
cyclosporine.....	115
cyclosporine, modified.....	115
cyproheptadine hcl.....	131
CYSTADROPS.....	125
CYSTAGON.....	98
CYSTARAN.....	125
cytarabine.....	37
cytarabine/pf.....	37

D

D-PENAMINE.....	100
dalfampridine.....	85
DALIRESP.....	134
danazol.....	103
dantrolene sodium.....	51
dapsone.....	35,91
DAPTACEL DTAP.....	118
daptomycin.....	15
darifenacin hydrobromide.....	99
DARZALEX FASPRO.....	43
daunorubicin hcl.....	38
DAURISMO.....	40
deferasirox.....	93
deferiprone.....	93
DELSTRIGO.....	52
demeclocycline hcl.....	21
DEMSEER.....	75
DENAVIR.....	91
DEPO-PROVERA.....	106
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	106
DERMACINRX PRENATRIX.....	94
DERMACINRX PRENATRYL.....	94
DESCOVY.....	53
desipramine hcl.....	29
desloratadine.....	131
desmopressin acetate.....	102
desogestrel-ethinyl estradiol.....	103,122
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol.....	103,122
desonide.....	88
desoximetasone.....	88
desvenlafaxine succinate.....	27,28
dexamethasone.....	101
dexamethasone sodium phosphate.....	128
dexmethylphenidate hcl.....	82,83
dextroamphetamine sulf- saccharate/amphetamine sulf-aspartate.....	81,82
dextroamphetamine sulfate.....	82
dextrose 5 % and 0.45 % sodium chloride.....	92
dextrose 5 % and 0.9 % sodium chloride.....	92
dextrose 5 % in water.....	92
DIACOMIT.....	23
diazepam.....	23,58
diazoxide.....	62
diclofenac potassium.....	8
diclofenac sodium.....	8,90,128
dicloxacillin sodium.....	19
dicyclomine hcl.....	95
didanosine.....	53
DIFICID.....	20
diflunisal.....	8
difluprednate.....	128
digoxin.....	69
dihydroergotamine mesylate.....	33
DILANTIN.....	25
DILATRATE-SR.....	81
diltiazem hcl.....	72
dimethyl fumarate.....	85
diphenhydramine hcl.....	131
diphenoxylate hcl/atropine sulfate.....	95
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED.....	118
disopyramide phosphate.....	69
disulfiram.....	13
DIURIL.....	78
divalproex sodium.....	24
dofetilide.....	69
DOJOLVI.....	122
donepezil hcl.....	26
dorzolamide hcl.....	129
dorzolamide hcl/timolol maleate.....	125

dorzolamide hcl/timolol maleate/pf.....	125
DOVATO.....	52
doxazosin mesylate.....	100
doxepin hcl.....	29,137
doxercalciferol.....	121
doxycycline hyclate.....	21,86
doxycycline monohydrate.....	21
doxylamine succinate/pyridoxine hcl (vitamin b6).....	30
DRIZALMA SPRINKLE.....	28
dronabinol.....	31
drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium.....	103
DROXIA.....	37
droxidopa.....	67
DULERA.....	136
duloxetine hcl.....	28
DUOBRII.....	90
DUPIXENT PEN.....	113
DUPIXENT SYRINGE.....	113
DUREZOL.....	128
DURYSTA.....	130
dutasteride.....	100

E

econazole nitrate.....	32
EDURANT.....	52
efavirenz.....	52
efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate.....	52
efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate.....	52
EGRIFTA SV.....	102
ELAPRASE.....	98
ELESTRIN.....	103
eletriptan hydrobromide.....	34
ELIQUIS.....	64
ELLA.....	122
ELMIRON.....	101
EMBEDA.....	9
EMCYT.....	37

EMEND.....	31
EMFLAZA.....	101
EMGALITY PEN.....	34
EMGALITY SYRINGE.....	34
EMSAM.....	27
emtricitabine.....	53
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate.....	53
EMTRIVA.....	54
enalapril maleate.....	69
enalapril maleate/hydrochlorothiazide.....	75
ENBREL.....	115
ENBREL MINI.....	115
ENBREL SURECLICK.....	115
ENDARI.....	98
ENERGIX-B ADULT.....	118
ENERGIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT.....	118
enoxaparin sodium.....	64
ENSPRYNG.....	113
entacapone.....	46
entecavir.....	56
ENTRESTO.....	75
ENTYVIO.....	113
EPIDIOLEX.....	22
epinastine hcl.....	127
epinephrine.....	133
EPIPEN.....	133
EPIPEN 2-PAK.....	133
EPIPEN JR.....	133
EPIPEN JR 2-PAK.....	133
EPIVIR HBV.....	56
epplerenone.....	78
EQUETRO.....	59
ergoloid mesylates.....	25
ERGOMAR.....	33
ergotamine tartrate/cafeine.....	33
ERIVEDGE.....	40
ERLEADA.....	36
erlotinib hcl.....	40
ertapenem sodium.....	19
ERYPED 400.....	20
ERYTHROCIN STEARATE.....	20

erythromycin base	20,127	FASENRA PEN	136
erythromycin base in ethanol	91	febuxostat	33
erythromycin base/benzoyl peroxide	87	felbamate	22
erythromycin ethylsuccinate	20	felodipine	71
ESBRIET	135	fenofibrate	78
escitalopram oxalate	28	fenofibrate nanocrystallized	78
esomeprazole magnesium	97	fenofibrate, micronized	79
estazolam	137	fenofibric acid (choline)	79
estradiol	103	fenopropfen calcium	8
estradiol valerate	104	fentanyl	10
estradiol/norethindrone acetate	104	fentanyl citrate	11
ESTRING	104	fentanyl citrate/pf	11
eszopiclone	137	FERRIPROX	93
ethacrynic acid	78	FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	93
ethambutol hcl	35	FERRIPROX (3 TIMES A DAY)	93
ethinyl estradiol/drospirenone	104,122	FETROJA	17
ethosuximide	23	FETZIMA	28
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol	104	FINACEA	87
etodolac	8	finasteride	100
etoposide	39	FINTEPLA	22
etravirine	53	FIRDAPSE	84
EUCRISA	88	FIRMAGON	108
EVENITY	121	FLAREX	128
EVENITY (2 SYRINGES)	121	flavoxate hcl	100
everolimus	40,116	FLEBOGAMMA DIF	111
EVOTAZ	55	flecainide acetate	69
EVRYSDI	98	FLOVENT DISKUS	131
exemestane	39	FLOVENT HFA	131
EXSERVAN	84	fluconazole	32
EXTAVIA	85	fluconazole in sodium chloride, iso-osmotic	32
ezetimibe	80	flucytosine	32
ezetimibe/simvastatin	80	fludrocortisone acetate	101
F		fluocinolone acetonide	88
FABRAZYME	98	fluocinolone acetonide oil	130
famciclovir	57	fluocinonide	89
famotidine	97	fluocinonide/emollient base	89
FANAPT	49	FLUOROPLEX	90
FARXIGA	59	fluorouracil	37,90
FARYDAK	40	fluoxetine hcl	28
FASENRA	136	fluphenazine decanoate	48
		fluphenazine hcl	48

flurbiprofen.....	8
flurbiprofen sodium.....	128
flutamide.....	36
fluticasone propionate.....	89,131
fluticasone propionate/salmeterol xinafoate.....	136
fluvastatin sodium.....	79
fluvoxamine maleate.....	28
FML FORTE.....	128
fondaparinux sodium.....	64
formoterol fumarate.....	133
FORTEO.....	121
fosamprenavir calcium.....	55
fosinopril sodium.....	69
fosinopril sodium/hydrochlorothiazide.....	75
FOTIVDA.....	36
FRAGMIN.....	64,65
frovatriptan succinate.....	34
FULPHILA.....	65
furosemide.....	78
FUZEON.....	54
FYCOMPA.....	22

G

gabapentin.....	24
GALAFOLD.....	98
galantamine hbr.....	26
GAMASTAN.....	111
GAMASTAN S-D.....	111
GAMMAGARD LIQUID.....	111
GAMMAGARD S-D.....	111
GAMMAKED.....	111
GAMMAPLEX.....	111
GAMUNEX-C.....	111
ganciclovir sodium.....	56
GARDASIL 9.....	118
gatifloxacin.....	127
GATTEX.....	96
GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2 X 2.....	122
GAVRETO.....	38

gemfibrozil.....	79
GENOTROPIN.....	102
gentamicin sulfate.....	15,127
gentamicin sulfate/pf.....	15
GENVOYA.....	52
GILENYA.....	85
GILOTRIF.....	40
GIMOTI.....	96
GIVLAARI.....	122
GLASSIA.....	98
glatiramer acetate.....	85
GLEOSTINE.....	36
glimepiride.....	59
glipizide.....	59
glipizide/metformin hcl.....	59
GLOPERBA.....	33
GLUCAGEN.....	62
GLUCAGON EMERGENCY KIT.....	62
glyburide.....	59
glyburide,micronized.....	59
glyburide/metformin hcl.....	60
GLYCATE.....	95
glycopyrrolate.....	95
GLYXAMBI.....	60
GOCOVRI.....	46
granisetron hcl.....	31
GRANIX.....	66
griseofulvin ultramicrosize.....	32
griseofulvin, microsize.....	32
guanfacine hcl.....	68,83
guanidine hcl.....	35
GVOKE HYPOPEN 1-PACK.....	62
GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	62

H

HAEGARDA.....	110
halobetasol propionate.....	89
HALOG.....	89
haloperidol.....	48
haloperidol decanoate.....	48
haloperidol lactate.....	48

HAVRIX.....	118	hydrocortisone valerate.....	89
HEPAGAM B.....	111	hydrocortisone/acetic acid.....	130
heparin sodium,porcine.....	65	hydromorphone hcl.....	12
HERCEPTIN.....	44	hydromorphone hcl/pf.....	12
HERCEPTIN HYLECTA.....	44	hydroxychloroquine sulfate.....	45
HETLIOZ.....	137	hydroxyprogesterone caproate.....	106
HETLIOZ LQ.....	137	hydroxyprogesterone caproate/pf.....	106
HIBERIX.....	119	hydroxyurea.....	37
HIZENTRA.....	111	hydroxyzine hcl.....	131
HUMALOG.....	62	hydroxyzine pamoate.....	57
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	62	HYPERHEP B.....	112
HUMALOG KWIKPEN U-100.....	62	HYPERRAB.....	112
HUMALOG KWIKPEN U-200.....	62	HYPERRHO S-D.....	112
HUMALOG MIX 50-50.....	62		
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN.....	62		
HUMALOG MIX 75-25.....	62	ibandronate sodium.....	121
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN.....	62	IBRANCE.....	38,40
HUMIRA.....	116	ibuprofen.....	8
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S.....	116	ibuprofen/oxycodone hcl.....	12
HUMIRA PEN.....	116	icatibant acetate.....	110
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS.....	116	ICLUSIG.....	41
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS.....	116	icosapent ethyl.....	80
HUMIRA(CF).....	116	IDHIFA.....	38
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S.....	116	ifosfamide.....	36
HUMIRA(CF) PEN.....	116	ILARIS.....	113
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS.....	116	ILUMYA.....	113
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC.....	116	imatinib mesylate.....	41
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS.....	116	IMBRUVICA.....	41
HUMULIN 70-30.....	62	imipenem/cilastatin sodium.....	19
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	62	imipramine hcl.....	30
HUMULIN N.....	62	imiquiremod.....	90
HUMULIN N KWIKPEN.....	63	IMOVAX RABIES VACCINE.....	119
HUMULIN R.....	63	IMPAVIDO.....	15
HUMULIN R U-500.....	63	INBRIJA.....	47
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	63	INCRELEX.....	102
hydralazine hcl.....	80	indapamide.....	78
hydrochlorothiazide.....	78	indomethacin.....	8
hydrocodone bitartrate/acetaminophen.....	11	INFANRIX DTAP.....	119
hydrocortisone.....	89,101,120	INFLECTRA.....	116
hydrocortisone acetate/pramoxine hcl.....	90	INFUMORPH.....	10
hydrocortisone butyrate.....	89	INGREZZA.....	84

INGREZZA INITIATION PACK.....	84
INLYTA.....	41
INQOVI.....	41
INREBIC.....	38
INSULIN LISPRO.....	63
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	63
INSULIN LISPRO KWIKPEN U-100.....	63
INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX.....	63
INSULIN PEN NEEDLE.....	122
insulin pump controller.....	122
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML.....	122
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML.....	122
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML.....	122
INTELENCE.....	53
INTRALIPID.....	122
INTRON A.....	115
INVEGA SUSTENNA.....	49
INVEGA TRINZA.....	49
INVIRASE.....	55
IOPIDINE.....	129
IPOL.....	119
ipratropium bromide.....	132
ipratropium bromide/albuterol sulfate.....	136
irbesartan.....	68
irbesartan/hydrochlorothiazide.....	75
IRESSA.....	41
irinotecan hcl.....	39
ISENTRESS.....	52
ISENTRESS HD.....	52
isoniazid.....	35
ISOPROPYL ALCOHOL 0.7 ML/ML MEDICATED PAD.....	122
isosorbide dinitrate.....	81
isosorbide mononitrate.....	81
isotretinoin.....	87
ISTURISA.....	107
itraconazole.....	32
ivermectin.....	45,91
IXIARO.....	119

J

JADENU SPRINKLE.....	93
JAKAFI.....	41
JANUMET.....	60
JANUMET XR.....	60
JANUVIA.....	60
JARDIANCE.....	60
JENTADUETO.....	60
JENTADUETO XR.....	60
JUBLIA.....	32
JULUCA.....	52
JUXTAPID.....	80
JYNARQUE.....	93

K

KALBITOR.....	110
KALETRA.....	55
KALYDECO.....	134
KANUMA.....	98
KESIMPTA PEN.....	85
ketoconazole.....	32
ketoprofen.....	8
ketorolac tromethamine.....	8,128
KEVEYIS.....	98
KEVZARA.....	113
KINERET.....	113
KINRIX.....	119
KISQALI.....	41
KISQALI FEMARA CO-PACK.....	38
KLISYRI.....	90
KLOR-CON 10.....	92
KLOR-CON 8.....	92
KLOR-CON M15.....	92
KORLYM.....	102
KOSELUGO.....	41
KUVAN.....	98
KYNMOBI.....	46

L

labetalol hcl.....	71
--------------------	----

LACRISERT.....	125	lidocaine/prilocaine.....	13
lactulose.....	95	lindane.....	91
lamivudine.....	54,56	linezolid.....	15
lamivudine/zidovudine.....	54	linezolid in dextrose 5 % in water.....	16
lamotrigine.....	22	LINZESS.....	95
LANOXIN.....	70	liothyronine sodium.....	107
lansoprazole.....	97	lisinopril.....	69
lanthanum carbonate.....	94	lisinopril/hydrochlorothiazide.....	75
LANTUS.....	63	lithium carbonate.....	59
LANTUS SOLOSTAR.....	63	lithium citrate.....	59
lapatinib ditosylate.....	41	LIVALO.....	79
latanoprost.....	130	LO LOESTRIN FE.....	104
LATUDA.....	49	LONHALA MAGNAIR REFILL.....	132
LAYOLIS FE.....	104	LONSURF.....	38
LAZANDA.....	12	loperamide hcl.....	95,96
leflunomide.....	116	lopinavir/ritonavir.....	55
LEMTRADA.....	113	lorazepam.....	58
LENVIMA.....	41	LORBRENA.....	41
letrozole.....	39	losartan potassium.....	68
leucovorin calcium.....	44	losartan potassium/hydrochlorothiazide.....	76
LEUKERAN.....	36	LOTEMAX.....	128
LEUKINE.....	66	LOTEMAX SM.....	128
leuprolide acetate.....	108	loteprednol etabonate.....	128
levabuterol hcl.....	133	lovastatin.....	79
levabuterol tartrate.....	133	loxapine succinate.....	48
LEVEMIR.....	63	lubiprostone.....	95
LEVEMIR FLEXTOUCH.....	63	LUCEMYRA.....	14
levetiracetam.....	22	LUMAKRAS.....	38
levobunolol hcl.....	129	LUMIGAN.....	130
levocarnitine.....	122	LUMIZYME.....	98
levocarnitine (with sugar).....	122	LUPANETA PACK.....	108
levocetirizine dihydrochloride.....	131	LUPKYNIS.....	116
levofloxacin.....	20,127	LUPRON DEPOT.....	108
levonorgestrel/ethinyl estradiol.....	104,123	LUPRON DEPOT (LUPANETA).....	108
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol.....	104,123	LUPRON DEPOT-PED.....	108
levothyroxine sodium.....	107	LYNPARZA.....	41
LEVOXYL.....	107	LYSODREN.....	107
LEXIVA.....	55	LYUMJEV.....	63
lidocaine.....	13	LYUMJEV KWIKPEN U-100.....	63
lidocaine hcl.....	13,86	LYUMJEV KWIKPEN U-200.....	63

M

M-M-R II VACCINE	119	methscopolamine bromide	95
MAKENA	106	methyldopa	68
malathion	91	methyldopa/hydrochlorothiazide	76
maprotiline hcl	27	methylphenidate hcl	83
MARPLAN	27	methylprednisolone	101
MATULANE	36	metoclopramide hcl	96
MAVENCLAD	85	metolazone	78
MAVYRET	56	metoprolol succinate	71
MAYZENT	85	metoprolol tartrate	71
meclizine hcl	30	metoprolol tartrate/hydrochlorothiazide	76
meclofenamate sodium	9	metronidazole	16,87
medroxyprogesterone acetate	106	metronidazole in sodium chloride	16
mefenamic acid	9	metyrosine	76
mefloquine hcl	45	mexiletine hcl	70
megestrol acetate	106	miconazole nitrate	32
MEKINIST	42	MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS	112
MEKTOVI	42	midodrine hcl	68
meloxicam	9	miglustat	98
memantine hcl	26	minocycline hcl	21
MENACTRA	119	minoxidil	81
MENEST	104	mirtazapine	27
MENQUADFI	119	MIRVASO	87
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	119	misoprostol	97
mercaptopurine	37	mitoxantrone hcl	85
meropenem	19	modafinil	138
mesalamine	120	moexipril hcl	69
mesalamine with cleansing wipes	120	molindone hcl	48
MESNEX	44	mometasone furoate	89,131
metaproterenol sulfate	133	montelukast sodium	132
metformin hcl	60	morphine sulfate	10,12
methadone hcl	10	morphine sulfate/pf	10,12
METHADOSE	10	moxifloxacin hcl	20,127
methazolamide	129	moxifloxacin hcl in sodium acetate and sulfate,water,iso-osm	21
methenamine hippurate	16	moxifloxacin hcl in sodium chloride, iso-osmotic	21
methimazole	110	MOZOBIL	66
methocarbamol	137	MULPLETA	66
methotrexate sodium	116	mupirocin	91
methotrexate sodium/pf	117	MVASI	44
methoxsalen	90	MYALEPT	96

MYCAPSSA.....	108
mycophenolate mofetil.....	117
mycophenolate sodium.....	117
MYFEMBREE.....	108
MYRBETRIQ.....	100

N

NABI-HB.....	112
nabumetone.....	9
nadolol.....	71
nafcillin in dextrose, iso-osmotic.....	19
nafcillin sodium.....	19
naftifine hcl.....	32
NAGLAZYME.....	98
naloxone hcl.....	14
naltrexone hcl.....	13
NAMZARIC.....	25
naproxen.....	9
naproxen sodium.....	9
naproxen/esomeprazole magnesium.....	9
naratriptan hcl.....	34
NARCAN.....	14
NATACYN.....	127
nateglinide.....	60
NATPARA.....	121
NAYZILAM.....	22
nebivolol hcl.....	71
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY.....	123
nefazodone hcl.....	28
neomycin sulfate.....	15
neomycin sulfate/bacitracin zinc/polymyxin b/hydrocortisone.....	125
neomycin sulfate/bacitracin/polymyxin b.....	126
neomycin sulfate/polymyxin b sulfate/gramicidin d.....	126
neomycin sulfate/polymyxin b sulfate/hydrocortisone.....	126,130
neomycin/polymyxin b sulfate/dexamethasone.....	126
NEONATAL-DHA.....	94
NERLYNX.....	42

NEULASTA.....	66
NEULASTA ONPRO.....	66
NEUPOGEN.....	66
NEUPRO.....	46
nevirapine.....	53
NEXAVAR.....	42
NEXLETOL.....	80
niacin.....	80
nicardipine hcl.....	71
NICOTROL.....	14
NICOTROL NS.....	14
nifedipine.....	71
nilutamide.....	36
nimodipine.....	71
NINLARO.....	38
nisoldipine.....	71
nitazoxanide.....	45
nitisinone.....	98
NITRO-BID.....	81
NITRO-DUR.....	81
nitrofurantoin macrocrystal.....	16
nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals.....	16
nitroglycerin.....	81
NITYR.....	98
NIVESTYM.....	66
nizatidine.....	97
norelgestromin/ethinyl estradiol.....	105
norethindrone.....	105,106
norethindrone acetate.....	106
norethindrone acetate-ethinyl estradiol.....	105,123
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate.....	105,123
norethindrone-ethinyl estradiol.....	105
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate.....	105
norgestimate-ethinyl estradiol.....	105,123
norgestrel-ethinyl estradiol.....	105
NORPACE CR.....	70
NORTHERA.....	68
nortriptyline hcl.....	30

NORVIR.....	55
NOXAFIL.....	32
NPLATE.....	66
NUBEQA.....	36
NUCALA.....	136
NUDEXTA.....	84
NULOJIX.....	117
NUPLAZID.....	50
NURTEC ODT.....	34
NUTRILIPID.....	123
NUZYRA.....	21
NYMALIZE.....	72
nystatin.....	32
nystatin/triamcinolone acetonide.....	90
NYVEPRIA.....	66

O

OCALIVA.....	96
OCREVUS.....	85
OCTAGAM.....	112
octreotide acetate.....	109
ODEFSEY.....	54
ODOMZO.....	42
OFEV.....	136
ofloxacin.....	21,127,130
olanzapine.....	50
olmesartan medoxomil.....	68
olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide.....	76
olopatadine hcl.....	127
OLUMIANT.....	113
omega-3 acid ethyl esters.....	80
omeprazole.....	97
ondansetron.....	31
ondansetron hcl.....	31
ONPATTRO.....	98
ONTRUZANT.....	44
ONUREG.....	38
opium tincture.....	96
OPSUMIT.....	135
ORENCIA.....	113,117
ORENCIA CLICKJECT.....	113

ORENITRAM ER.....	135
ORFADIN.....	98
ORGOVYX.....	109
ORIAHNN.....	109
ORILISSA.....	109
ORKAMBI.....	134
ORLADEYO.....	123
ORTIKOS.....	121
oseltamivir phosphate.....	57
OSPHERA.....	106
OTEZLA.....	90
oxandrolone.....	102
oxaprozin.....	9
OXAYDO.....	12
OXBRYTA.....	66
oxcarbazepine.....	25
OXERVATE.....	126
oxybutynin chloride.....	100
oxycodone hcl.....	12
oxycodone hcl/acetaminophen.....	13
oxycodone hcl/aspirin.....	13
oxymorphone hcl.....	10
OZEMPIC.....	60

P

PACERONE.....	70
paliperidone.....	50
PANRETIN.....	44
pantoprazole sodium.....	97
PANZYGA.....	112
parenteral amino acid 15% combination no.1.....	92
paricalcitol.....	121
paromomycin sulfate.....	15
paroxetine hcl.....	28
paroxetine mesylate.....	28
PASER.....	35
PAXIL.....	28
PEDIARIX.....	119
PEDVAXHIB.....	119

peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride	96	piroxicam	9
peg 3350/sodium sulfate/sod chloride/kcl/ascorbate sod/vit c	96	PLEGRIDY	85
PEGANONE	25	PLEGRIDY PEN	85
PEGASYS	115	PLENAMINE	92
PEGASYS PROCLICK	115	PNV TABS 20-1	94
PEMAZYRE	38	podofilox	90
pen needle, diabetic	123	polymyxin b sulfate	16
pen needle, diabetic, safety	124	polymyxin b sulfate/trimethoprim	126
penicillamine	101	POMALYST	36
penicillin g sodium	19	posaconazole	32
penicillin v potassium	19	potassium chloride	92
PENTACEL	119	potassium citrate	92
pentamidine isethionate	45	pramipexole di-hcl	46
pentoxifylline	76	prasugrel hcl	67
PERFOROMIST	133	pravastatin sodium	79
perindopril erbumine	69	praziquantel	45
permethrin	91	prazosin hcl	68
perphenazine	48	PRED-G	126
perphenazine/amitriptyline hcl	27	prednicarbate	89
PERSERIS	50	prednisolone	101
phenelzine sulfate	27	prednisolone acetate	128
phenobarbital	24	prednisolone sodium phosphate	101,128
phenobarbital sodium	24	prednisone	101
phenoxybenzamine hcl	68	pregabalin	84
phenytoin	25	PREGEN DHA	94
phenytoin sodium extended	25	PREMARIN	105
PHESGO	38	PREMPHASE	105
PHOSPHOLINE IODIDE	129	PREMPRO	105
PICATO	90	PRENATAL VITAMINS	94
PIFELTRO	53	prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid	94
pilocarpine hcl	86,129	PREVYMIS	56
pimecrolimus	89	PREZCOBIX	55
pimozide	48	PREZISTA	55
pindolol	71	PRIFTIN	35
pioglitazone hcl	60	primaquine phosphate	45
pioglitazone hcl/glimepiride	60	primidone	24
pioglitazone hcl/metformin hcl	61	PRIVIGEN	112
piperacillin sodium/tazobactam sodium	19	PROAIR HFA	133
PIQRAY	42	PROAIR RESPICLICK	134
		probenecid	33

probenecid/colchicine.....	33
prochlorperazine.....	30
prochlorperazine edisylate.....	30
prochlorperazine maleate.....	30
PROCYSBI.....	99
progesterone.....	106
progesterone, micronized.....	106
PROGLYCEM.....	62
PROGRAF.....	117
PROLASTIN C.....	99
PROLENSA.....	128
PROLIA.....	121
PROMACTA.....	66
promethazine hcl.....	30
propafenone hcl.....	70
propranolol hcl.....	71
propranolol hcl/hydrochlorothiazide.....	76
propylthiouracil.....	110
PROQUAD.....	119
protriptyline hcl.....	30
PULMOZYME.....	134
PURIXAN.....	37
pyrazinamide.....	35
pyridostigmine bromide.....	35
pyrimethamine.....	45

Q

QINLOCK.....	37
QUADRACEL DTAP-IPV.....	119
quetiapine fumarate.....	50
quinapril hcl.....	69
quinapril hcl/hydrochlorothiazide.....	76
quinidine gluconate.....	70
quinidine sulfate.....	70
quinine sulfate.....	45

R

RABAVERT.....	119
rabeprazole sodium.....	97
RADICAVA.....	84
raloxifene hcl.....	106

ramelteon.....	137
ramipril.....	69
ranolazine.....	77
rasagiline mesylate.....	47
RASUVO.....	117
RAVICTI.....	99
RAYALDEE.....	121
RAYOS.....	102
REBIF.....	86
REBIF REBIDOSE.....	86
REBLOZYL.....	66
RECOMBIVAX HB.....	119
RECTIV.....	96
RELISTOR.....	95
REMICADE.....	117
RENFLEXIS.....	117
repaglinide.....	61
REPATHA PUSHTRONEX.....	80
REPATHA SURECLICK.....	80
REPATHA SYRINGE.....	80
RESTASIS.....	126
RESTASIS MULTIDOSE.....	126
RETACRIT.....	66
RETEVMO.....	38
RETROVIR.....	54
REVCovi.....	99
REVLIMID.....	37
REXULTI.....	50
REYATAZ.....	55
REZUROCK.....	117
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS.....	112
RHOPHYLAC.....	112
RHOPRESSA.....	129
ribavirin.....	56
RIDAURA.....	114
rifabutin.....	35
rifampin.....	35
riluzole.....	84
rimantadine hcl.....	57
ringer's solution,lactated.....	92
RINVOQ.....	114

RISPERDAL CONSTA.....	50	sevelamer carbonate.....	94
risperidone.....	50	sevelamer hcl.....	94
ritonavir.....	55	SEYSARA.....	21
RITUXAN.....	44	SHINGRIX.....	119
RITUXAN HYCELA.....	44	SIGNIFOR.....	109
rivastigmine.....	26	SIGNIFOR LAR.....	109
rivastigmine tartrate.....	26	SIKLOS.....	37
rizatriptan benzoate.....	34	sildenafil citrate.....	135
ROCKLATAN.....	126	SILIQ.....	114
ROMIDEPSIN.....	38	silodosin.....	100
ropinirole hcl.....	46	silver sulfadiazine.....	90
rosuvastatin calcium.....	79	SIMBRINZA.....	126
ROTARIX.....	119	SIMPONI ARIA.....	118
ROTATEQ.....	119	simvastatin.....	79
ROZLYTREK.....	42	sirolimus.....	118
RUBRACA.....	42	SIRTURO.....	35
RUCONEST.....	110	SIVEXTRO.....	16
rufinamide.....	25	SKYRIZI.....	114
RUKOBIA.....	54	SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT.....	114
RUXIENCE.....	44	SKYRIZI PEN.....	114
RUZURGI.....	84	sodium chloride 0.45 %.....	92
RYBELSUS.....	61	sodium chloride 3 %.....	92
RYDAPT.....	42	sodium chloride irrigating solution.....	124
RYTARY.....	47	sodium chloride/sodium bicarbonate/potassium chloride/peg.....	96
S		SODIUM FLUORIDE 2.2 MG (FLUORIDE ION 1 MG) ORAL TABLET.....	93
SANCUSO.....	31	sodium phenylbutyrate.....	99
SANDIMMUNE.....	117	sodium polystyrene sulfonate.....	93,94
SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	109	sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution.....	94
SANTYL.....	90	sofosbuvir/velpatasvir.....	56
SAPHRIS.....	51	solifenacin succinate.....	100
sapropterin dihydrochloride.....	99	SOLIRIS.....	114
SARCLISA.....	44	SOLTAMOX.....	37
SAVELLA.....	84	SOMATULINE DEPOT.....	109
scopolamine.....	30	SOMAVERT.....	109
SECUADO.....	51	sotalol hcl.....	70
selegiline hcl.....	47	SPIRIVA.....	132
selenium sulfide.....	89	SPIRIVA RESPIMAT.....	132
SELZENTRY.....	54	spironolactone.....	78
SEREVENT DISKUS.....	134		
sertraline hcl.....	29		

spironolactone/hydrochlorothiazide.....	77	SYMFI.....	53
SPRAVATO.....	27	SYMFI LO.....	53
SPRITAM.....	22	SYMLINPEN 120.....	61
SPRIX.....	9	SYMLINPEN 60.....	61
SPRYCEL.....	42	SYMPAZAN.....	24
SPS.....	94	SYMTUZA.....	55
SSD.....	91	SYNAGIS.....	112
STAMARIL.....	119	SYNAREL.....	109
stavudine.....	54	SYNDROS.....	31
STELARA.....	114	SYNJARDY.....	61
STIMATE.....	102	SYNJARDY XR.....	61
STIOLTO RESPIMAT.....	136	SYNRIBO.....	38
STIVARGA.....	42	syringe with needle, insulin,1 ml and sharps container.....	124
STRENSIQ.....	99	syringe with needle,disposable,insulin 1 ml.....	124
streptomycin sulfate.....	15	syringe with needle,insulin 0.3 ml (half unit mark).....	124
STRIBILD.....	52	syringe with needle,insulin disposable,0.3 ml/empty containr.....	124
sub-q insulin delivery device, 20 unit,disposable.....	124	syringe with needle,insulin,0.3 ml.....	124
sub-q insulin delivery device, 30 unit, disposable.....	124	syringe with needle,insulin,0.5 ml.....	125
sub-q insulin delivery device, 40 unit, disposable.....	124	syringe-needle,insulin,0.5 ml/container,empty.....	125
sucalfate.....	97	T	
sulfacetamide sodium.....	127	TABLOID.....	38
sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate.....	126	TABRECTA.....	37
sulfadiazine.....	21	tacrolimus.....	89,118
sulfamethoxazole/trimethoprim.....	21	tadalafil.....	135
sulfasalazine.....	120	TAFINLAR.....	42
sulindac.....	9	TAGRISSO.....	42
sumatriptan.....	34	TAKHZYRO.....	110
sumatriptan succinate.....	34	TALTZ AUTOINJECTOR.....	114
sunitinib malate.....	42	TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK).....	114
SUPPRELIN LA.....	109	TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK).....	114
SUPRAX.....	18	TALTZ SYRINGE.....	114
SUPREP.....	96	TALZENNA.....	42
SUTENT.....	42	tamoxifen citrate.....	37
SYLATRON.....	115	tamsulosin hcl.....	100
SYLVANT.....	114	TARGRETIN.....	44
SYMBICORT.....	136,137		
SYMDEKO.....	134		

TASIGNA.....	42	TOBRADEX.....	126
TAVALISSE.....	67	TOBRADEX ST.....	126
tazarotene.....	87	tobramycin.....	15,127
TAZVERIK.....	38	tobramycin in 0.225 % sodium chloride...	134
TDVAX.....	120	tobramycin sulfate.....	15
TECFIDERA.....	86	tobramycin/dexamethasone.....	126
TEFLARO.....	18	TOBREX.....	127
TEGSEDI.....	99	tolazamide.....	61
telmisartan.....	68	tolcapone.....	46
telmisartan/hydrochlorothiazide.....	77	tolmetin sodium.....	9
temazepam.....	137	TOLSURA.....	33
TEMIXYS.....	54	tolterodine tartrate.....	100
TENIVAC.....	120	topiramate.....	23
tenofovir disoproxil fumarate.....	54	toremifene citrate.....	37
TEPMETKO.....	43	torsemide.....	78
terazosin hcl.....	100	TOSYMRA.....	34
terbinafine hcl.....	32	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	63
terbutaline sulfate.....	134	TOUJEO SOLOSTAR.....	63
terconazole.....	32	TRADJENTA.....	61
TERIPARATIDE.....	121	tramadol hcl.....	13
testosterone.....	103	tramadol hcl/acetaminophen.....	13
testosterone cypionate.....	103	trandolapril.....	69
testosterone enanthate.....	103	trandolapril/verapamil hcl.....	77
tetrabenazine.....	84	tranexamic acid.....	67
tetracycline hcl.....	21	tranylcypromine sulfate.....	27
THALOMID.....	37	trazodone hcl.....	29
theophylline anhydrous.....	135	TRECATOR.....	35
THIOLA EC.....	101	TRELEGY ELLIPTA.....	137
thioridazine hcl.....	48	TRELSTAR.....	109,110
thiotepa.....	36	TREMFYA.....	114
thiothixene.....	48	TRESIBA.....	63
tiagabine hcl.....	24	TRESIBA FLEXTOUCH U-100.....	63
TIBSOVO.....	43	TRESIBA FLEXTOUCH U-200.....	63
TIGLUTIK.....	84	tretinoin.....	44,87
timolol maleate.....	34,129	tretinoin microspheres.....	87
timolol maleate/pf.....	129	triamcinolone acetonide.....	86,89
tinidazole.....	16	triamterene/hydrochlorothiazide.....	77
TIVICAY.....	52	trientine hcl.....	93
TIVICAY PD.....	52	trifluoperazine hcl.....	48
tizanidine hcl.....	52	trifluridine.....	127
TOBI PODHALER.....	134	trihexyphenidyl hcl.....	46

TRIJARDY XR.....	61
TRIKAFTA.....	134
trimethoprim.....	16
trimipramine maleate.....	30
TRINTELLIX.....	29
TRIPTODUR.....	110
TRIUMEQ.....	54
TRODELVY.....	44
tropium chloride.....	100
TRULICITY.....	61
TRUMENBA.....	120
TRUSELTIQ.....	38
TRUVADA.....	54
TUKYSA.....	39
TURALIO.....	43
TWINRIX.....	120
TYBOST.....	55
TYKERB.....	43
TYMLOS.....	122
TYPHIM VI.....	120
TYSABRI.....	86

U

UBRELVY.....	34
UDENYCA.....	66
UKONIQ.....	43
ULTOMIRIS.....	114
UNITHROID.....	107
UPTRAVI.....	135
ursodiol.....	96

V

valacyclovir hcl.....	57
VALCHLOR.....	36
valganciclovir hcl.....	56
valproic acid.....	23
valproic acid (as sodium salt) (valproate sodium).....	23
valsartan.....	68
valsartan/hydrochlorothiazide.....	77
VALTOCO.....	24

vancomycin hcl.....	16
VANDAZOLE.....	16
VAQTA.....	120
varenicline tartrate.....	14
VARIVAX VACCINE.....	120
VARIZIG.....	112
VASCEPA.....	80
VELPHORO.....	94
VELTASSA.....	94
VEMLIDY.....	56
VENCLEXTA.....	43
VENCLEXTA STARTING PACK.....	43
venlafaxine hcl.....	29
VENTAVIS.....	135
verapamil hcl.....	72
VERSACLOZ.....	51
VERZENIO.....	43
VIBRAMYCIN.....	22
VICTOZA 2-PAK.....	61
VICTOZA 3-PAK.....	61
VIDEX.....	54
VIDEX EC.....	54
vigabatrin.....	24
VIIBRYD.....	29
VIMIZIM.....	99
VIMPAT.....	25
vinorelbine tartrate.....	39
VIRACEPT.....	56
VIREAD.....	54
VISTOGARD.....	125
VITRAKVI.....	43
VIVITROL.....	13
VIZIMPRO.....	43
voriconazole.....	33
VOSEVI.....	56
VOTRIENT.....	43
VPRIV.....	99
VRAYLAR.....	51
VUMERITY.....	86
VYNDAMAX.....	77
VYNDAQEL.....	99

VYZULTA..... 130

W

WAKIX..... 138

warfarin sodium..... 65

WELIREG..... 43

X

XALKORI..... 43

XARELTO..... 65

XATMEP..... 118

XCOPRI..... 23

XELJANZ..... 114

XELJANZ XR..... 114

XEMBIFY..... 112

XENLETA..... 16

XERMELO..... 95

XGEVA..... 122

XIFAXAN..... 96

XIGDUO XR..... 61

XIIDRA..... 126

XOFLUZA..... 57

XOLAIR..... 114

XOSPATA..... 43

XPOVIO..... 39

XTAMPZA ER..... 10

XTANDI..... 36

XURIDEN..... 99

XYREM..... 138

XYWAV..... 138

Y

YF-VAX..... 120

YONSA..... 36

YUPELRI..... 132

Z

zafirlukast..... 132

zaleplon..... 137

ZARXIO..... 67

ZEJULA..... 43

ZELBORAF..... 43

ZEMAIRA..... 99

ZENPEP..... 99

ZEPOSIA..... 86

ZEPZELCA..... 36

zidovudine..... 54

ZIEXTENZO..... 67

zileuton..... 132

ziprasidone hcl..... 51

ziprasidone mesylate..... 51

ZIRABEV..... 44

ZIRGAN..... 127

ZOLADEX..... 110

ZOLINZA..... 39

zolmitriptan..... 35

zolpidem tartrate..... 138

zonisamide..... 25

ZORBTIVE..... 96

ZORTRESS..... 118

ZOSTAVAX..... 120

ZYDELIG..... 43

ZYFLO..... 132

ZYKADIA..... 43

ZYLET..... 126

ZYPREXA RELPREVV..... 51

ZYTIGA..... 36

Este formulario fue actualizado el 12/01/2021.
Para obtener información más reciente o si tiene dudas, comuníquese con

MCC of VA (HMO SNP)

1-800-424-4495 (TTY 711)

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes

(desde el 1. ° de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana)

www.mccofva.com/dsnp

Número de identificación de presentación de formulario aprobado por HPMS: 21316, Número de versión: 20

Este formulario fue actualizado el 12/01/2021.
Para obtener información más reciente o si tiene dudas,
comuníquese con:

MCC of VA (HMO SNP)

1-800-424-4495 (TTY 711)

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes

(desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo,
los 7 días de la semana)

www.mccofva.com/dsnp